



Etude de l'insatisfaction corporelle et du projet d'enfant chez les couples infertiles consultant en centre de procréation médicalement assistée

Laëtitia Parnot Pirrello-Parnot

► To cite this version:

Laëtitia Parnot Pirrello-Parnot. Etude de l'insatisfaction corporelle et du projet d'enfant chez les couples infertiles consultant en centre de procréation médicalement assistée. Psychologie. Université de Grenoble, 2013. Français. NNT : 2013GRENH029 . tel-01225695

HAL Id: tel-01225695

<https://theses.hal.science/tel-01225695>

Submitted on 6 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

Spécialité : **Psychologie Clinique et Pathologique**

Arrêté ministériel : 7 août 2006

Présentée par

Laëtitia PIRRELLO-PARNOT

Thèse dirigée par **Catherine BLATIER**

préparée au sein du **Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie. Personnalité, Cognition, Changement Social (LIP/PC2S)**

dans l'**École Doctorale Sciences de l'Homme, du Politique et du Territoire (SHPT)**

Étude de l'insatisfaction corporelle et du projet d'enfant chez des couples infertiles consultant en centre de procréation médicalement assistée

Thèse soutenue publiquement le **11 octobre 2013**,
devant le jury composé de :

Mme Rachel LEVY

Professeure, CHU Bondy, Présidente du jury

Mr Henri CHABROL

Professeur, Université Toulouse 2, Rapporteur

Mme Agnès BONNET-SUARD

Maître de Conférences, Université Aix-Marseille, Rapportrice

Mme Catherine BLATIER

Professeure, Université Grenoble 2, Directrice de thèse



Année 2012/2013

THESE

Pour le

DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE GRENOBLE

**École Doctorale Sciences de l'Homme,
du Politique et du Territoire (SHPT)**

**Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie Personnalité, Cognition, Changement Social
(EA 4145)**

Spécialité

Psychologie Clinique et Pathologique

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 octobre 2013

Par Laëtitia Pirrello-Parnot

Née le 23/02/1981 à Aubagne

Étude de l'insatisfaction corporelle et du projet d'enfant chez des couples infertiles consultant en centre de procréation médicalement assistée

Membres du Jury

Mme la Pr. Rachel LEVY, CHU de Bondy.....Présidente du jury
Mr le Pr. Henri CHABROL, Université de Toulouse.....Rapporteur
Mme la MC. Agnès BONNET-SUARD, Université d'Aix-Marseille.....Rapportrice
Mme le Pr. Catherine BLATIER, Université de Grenoble.....Directrice de thèse

RESUME

Vouloir un enfant et de pas parvenir à en concevoir peut constituer pour le couple qui consulte en centre de procréation médicalement assistée (PMA) une véritable épreuve assimilable à une crise de vie voire même à un deuil, celui notamment de la fertilité naturelle. Selon que l'on soit une femme ou un homme, le vécu peut différer. La prise en charge en centre de PMA peut s'accompagner de sentiments ambivalents. Le couple peut débuter les tentatives avec beaucoup d'espoir puis, lorsqu'ils ne sont pas satisfaits, passer par des phases plus négatives. Des tensions peuvent apparaître dans la relation de couple, affectant la communication et le vécu individuel.

Certaines études se sont intéressées au vécu de ceux qui consultaient en centre de PMA mais rares sont finalement celles qui, en France, ont sondé leur projet d'enfant de façon précise par le biais de questionnaires. Il en est de même pour leur vécu corporel qui semble souvent délaissé malgré l'impact que peuvent représenter l'infertilité et les traitements associés sur l'identité et l'image du corps, notamment, sur la satisfaction corporelle.

Ce travail a donc eu pour objectif d'étudier de façon exploratoire le projet d'enfant ainsi que le vécu corporel des couples consultant en centre de PMA au moyen d'outils complets et récemment soumis à validation. Les individus (N=102, moyenne d'âge=36 ans) ont été rencontrés dans trois centres de PMA (Hôpital Jean Verdier de Bondy, Hôpital Bécclère de Clamart et Hôpital Pellegrin de Bordeaux) et invités à remplir les questionnaires qui leur ont été fournis.

Les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe des différences de vécu en fonction du genre. Cette étude exploratoire a soulevé de nombreuses questions. Elle montre l'intérêt qu'il y a à s'intéresser au vécu corporel et au projet d'enfant des couples consultant en centre de PMA. Elle offre des perspectives non seulement cliniques mais aussi préventives ainsi que pour des recherches futures en ce qui concerne la problématique infertile.

Mots clés : insatisfaction corporelle, infertilité, désir d'enfant, comportement alimentaire, procréation médicalement assistée, genre

SUMMARY

To will a child without success to get it is a difficult step for couple who consult in Medically Assisted Procreation (MAP) center. This step can be comparable to crisis, or even bereavement, notably the natural fertility mourning. As we are a woman or a man, the personal experience can be different. Ambivalent feelings can come along the coverage of couple in MAP center. Couple can start attempt with lot of hope then, when they are not satisfied, go through negative one. Tensions can appear in the couple relationship, affecting communication and personal experience.

Some studies were interested on personal experience of those who consult on MAP center, but French studies assessing child project through questionnaire are scarce. Studies of body dissatisfaction of these peoples are often unaccounted-for despite the involvement of infertility and associated treatment on identity and body dissatisfaction.

This work aimed to study, in an exploratory way, child project and physical personal experience of couple consulting in MAP center, through comprehensive and validated tools. Subjects (N=102, M age=36 y.o.) have been chosen in 3 MAP centers (Hospital Jean Verdier at Bondy, Hospital Bécclère at Clamart and Hospital Pellegrin at Bordeaux) and were invited to fill out questionnaires.

Results suggest there is a different personal experience according to the gender but also between control group and clinical one. This exploratory study raised numerous questions and shows the interest to study physical personal experience and the child project of couple consulting in AMP center. It gives clinical and precautionary measure prospects as well as future research on infertile problems.

Keywords: body dissatisfaction, infertility, desire to have a child, eating behaviors, assisted reproductive treatment, gender

REMERCIEMENTS DES MEMBRES DU JURY

Je tiens, tout d'abord, à remercier Catherine Blatier, Professeur à l'Université Grenoble 2, qui a accepté d'être m'a Directrice de Thèse et a su m'accompagner tout au long de celle-ci. Elle a su m'encourager, me donner de l'autonomie et me suivre jusqu'au bout tout en me donnant la responsabilité d'autres projets comme celui qui a consisté à présenter certains de ses travaux à l'Université Paris 10. Elle a apprécié le caractère original de cette étude et je suis très honorée qu'elle ait choisi de m'aider à mener à bien ce projet. Nous avons passé quelques années extrêmement formatrices et bouleversantes dans le bon sens du terme. Je la remercie encore fortement pour ce qu'elle m'a appris ainsi que pour son soutien de tous les instants.

Je tiens également à remercier Rachel Lévy, Présidente du Jury et Professeure au CHU de Bondy, pour son accueil des plus remarquables au sein du centre de Procréation Médicalement Assistée (PMA) du Centre Hospitalier Universitaire de Bondy. Grâce à elle, j'ai pu réaliser une grande partie de cette étude et rencontrer des patients consultant en centre de PMA ainsi que des membres de l'équipe médicale. Elle a su me faire confiance pour faire une demande de budget avec l'envie de m'accueillir en post-doc. Ce projet n'a actuellement pas abouti mais il s'agit d'une expérience qui me marquera pour le meilleur car j'ai beaucoup appris auprès d'elle. Ce fut également un plaisir d'animer une conférence à l'Université Paris 13 sur sa proposition, ce qui là aussi a été très formateur.

Je tiens ensuite à remercier Henri Chabrol, Professeur à l'Université Toulouse 2 et rapporteur, pour son soutien qui date de plusieurs années. Il s'agit du directeur qui a encadré mon mémoire de maîtrise et qui m'a permis de réaliser ma première publication scientifique, réalisation personnelle et professionnelle importante pour laquelle je le remercie sincèrement. Il m'a, lui aussi, encouragée à travailler de façon autonome tout en me permettant de travailler sur un sujet passionnant que j'affectionne toujours autant, la thématique de l'image du corps et plus précisément du vécu corporel. Il s'agit d'un sujet essentiel que je continue d'aborder dans ma pratique clinique en tant que psychologue, pour dire l'importance de ce qui nous forme et de ce que, mêlé à l'expérience, cela peut faire de nous et pour les autres. Tout ce que j'ai appris avec lui m'accompagne toujours aujourd'hui.

Enfin, je suis honorée de pouvoir compter parmi les membres de mon jury de thèse Agnès Bonnet-Suard, Maître de Conférences à l'Université Aix-Marseille et rapportrice, dont les apports dans le champ de la psychopathologie clinique sont remarquables notamment sur les thématiques du corps et de l'émotion. Ses travaux sur l'articulation entre contexte subjectif et social dans la détermination des conduites ou encore sur l'intégrité corporelle attirent tout mon intérêt. Je suis ravie qu'elle puisse découvrir cette étude mais aussi d'échanger avec elle avec tout l'apport et le regard extérieur qu'elle pourra sans nul doute y apporter.

Au plaisir d'échanger tous ensemble le jour de la soutenance et d'apprendre autant que je puisse apprendre des expériences et observations de chacun des membres du jury. Je remercie chacun d'avoir accepté de lire ce travail, de me permettre de m'améliorer dans ce qu'est le travail de chercheur et de tout ce qui pourra ces prochaines années découler de cette aventure très riche qu'est d'entreprendre, de poursuivre et d'accoucher d'une thèse de doctorat.

Merci à vous.

I CONTENU

I	INTRODUCTION	12
1	Projet de vie – projet d’enfant	12
2	Modèle de la construction du projet d’enfant	13
2.1	Motivations à avoir ou non des enfants	14
3	Conditions que les couples souhaitent remplir avant d’avoir un enfant	19
4	Autres données en matière d’intentions et de comportements de fécondité	21
4.1	Intentions	21
4.2	Comportements	21
4.3	Nombre d’enfants	22
4.4	Age et délai pour avoir un enfant	23
5	Quand le projet d’enfant ne prend pas... Et que l’infertilité prend le pas.	24
5.1	Intentions de fécondité et hypofertilité	24
5.2	L’infertilité, un problème majeur dans les sociétés occidentales	27
5.3	Définitions et généralités	29
5.4	Aspects psychologiques de l’infertilité	36
6	La place du corps dans le projet d’enfant	54
6.1	Vécu corporel : définitions et généralités	54
6.2	Image du corps et infertilité	69
6.3	Apparence physique, infertilité et appréhensions	73
6.4	Perturbation de l’image du corps dans l’infertilité	73
7	Objectif	74
8	Problématique	75
I	MATERIEL ET METHODES	80
1	Echantillons	80
2	Outils	81
2.1	Le QPE ou Questionnaire évaluant le Projet d’Enfant (Q-PSYFERT)	81
2.2	Questionnaire évaluant le Vécu Corporel (QVC)	91
2.3	Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis (Q-EDD) (Questionnaire de diagnostic des troubles de l’alimentation)	94
3	Phases de l’étude	96
4	Procédure d’inclusion des sujets	96
5	Mode de recrutement des sujets	97
6	Consigne (QPE)	97

7	Durée de l'étude	98
8	Durée de la participation à l'étude	98
9	Variables	98
9.1	Variables indépendantes	98
9.2	Variables dépendantes	99
10	Hypothèses générales	106
11	Hypothèses opérationnelles	107
11.1	HYPOTHESE GENERALE 1 : La prise en charge en centre de PMA affecte la relation de couple, la fragilisant avec l'augmentation du nombre de tentatives.	108
11.2	HYPOTHESE GENERALE 2 : Les femmes consultant en centre de PMA investiraient plus le projet d'enfant que les hommes ne le feraient et exprimeraient davantage d'insatisfaction si celui-ci ne se réalisait pas.	108
11.3	HYPOTHESE GENERALE 3 : Les individus consultant en centre de PMA appréhenderaient davantage la grossesse, l'accouchement et la parentalité d'autant plus qu'ils auraient eu un retour d'expérience difficile de la part de leurs propres parents à ce sujet.	109
11.4	HYPOTHESE GENERALE 4 : Les individus consultant en centre de PMA seraient davantage insatisfaits de leur apparence corporelle, d'autant plus parmi les femmes.	111
11.5	HYPOTHESE GENERALE 5 : Une partie des individus consultant en centre de PMA présenteraient des comportements compensatoires et des troubles du comportement alimentaire, d'autant plus parmi les femmes.	112
	RESULTATS	114
1	Description de l'échantillon de patients consultant en centre de PMA	114
1.1	Répartition des genres dans le groupe étudié	114
1.2	Age moyen des sujets consultant en centre de PMA	115
1.3	Indice de Masse Corporelle (IMC) des sujets consultant en centre de PMA	115
1.4	Lieu de naissance des sujets consultant en centre de PMA	115
1.5	Existence d'une fratrie parmi les sujets consultant en centre de PMA	116
1.6	Situation matrimoniale des sujets consultant en centre de PMA	116
1.7	Situation professionnelle des sujets consultant en centre de PMA	117
1.8	Répartition des sujets en fonction du lieu de passation	117
1.9	Raison médicale de la venue des sujets en centre de PMA	117
1.10	Nombre de tentatives d'AMP réalisées	118
1.11	Origine de l'infertilité	119
1.12	Réalité d'adoption	120
2	Prise en charge en centre de PMA et relation de couple	120
3	Projet d'enfant des individus consultant en centre de PMA	122
3.1	Désirs, intentions et vécus liés au projet d'enfant des sujets consultant en centre de PMA	122
3.2	Motivations subjectives à la parentalité	126
3.3	Conditions subjectives à la parentalité	129
4	Appréhensions des sujets consultant en centre de PMA et retours d'expériences difficiles qu'ils ont reçu de leur entourage	133

4.1	Appréhensions liées à la grossesse et à l'accouchement	134
4.2	Représentations parentales	135
5	Vécu corporel des sujets consultant en centre de PMA	136
5.1	Perception qu'ont les sujets de leur apparence physique en globalité	136
5.2	Perception qu'on les sujets consultant en centre de PMA de leur beauté	137
5.3	Satisfaction vis-à-vis de leur poids	137
5.4	Satisfaction partielle (parties du corps)	137
5.5	Désirs de minceur, de tonicité et de volume musculaire	138
6	Comportements compensatoires et Troubles du Comportement Alimentaire des sujets consultant en centre de PMA	140
6.1	Comportements compensatoires employés par les sujets consultant en centre de PMA	140
6.2	Troubles du Comportement Alimentaires présentés par les sujets consultant en centre de PMA	141
I	DISCUSSION	142
1	caractéristiques physiques, sociodémographiques et médicales des échantillons analysés dans le cadre de cette étude	143
1.1	Influence de l'âge, de l'IMC et du genre sur les résultats	143
1.2	Influence du pays d'origine sur les résultats	143
1.3	Influence de la situation matrimoniale sur les différences observées	144
1.4	Raison de la venue des sujets dans le centre	144
1.5	Nombre de tentatives d'AMP réalisées	144
1.6	Origine de l'infertilité	145
2	Prise en charge en centre de PMA et relation de couple	145
3	Projet d'enfant des individus consultant en centre de PMA	147
3.1	Désirs, intentions et vécus liés au projet d'enfant des sujets consultant en centre de PMA	147
3.2	Motivations	155
3.3	conditions jugées nécessaires pour les sujets avant de concevoir un enfant	158
4	Appréhensions des sujets consultant en centre de PMA et retours d'expériences difficiles qu'ils ont reçu de leur entourage	164
4.1	Appréhensions liées à la grossesse	164
4.2	Représentations parentales	167
5	Vécu corporel des sujets consultant en centre de PMA	169
5.1	désirs de minceur, de tonicité et de volume musculaire des sujets interrogés	169
5.2	la perception des sujets de leur apparence physique et de celle de leur partenaire	170
5.3	attention et importance portée par les sujets envers leur apparence physique	171
5.4	perception qu'ont les sujets de leur poids et désirs associés	171
6	Comportements compensatoires et Troubles du Comportement Alimentaire des sujets consultant en centre de PMA	172
6.1	Comportements compensatoires employés par les sujets	172
6.2	Troubles du Comportement Alimentaire Clinique et Subclinique présentés par les sujets	173
7	LIMITES DE L'ETUDE	174

I	CONCLUSION DE L'ETUDE	177
	BIBLIOGRAPHIE	180
	ANNEXES	192

Liste des figures

Figure 1 : Représentation schématique du passage des motivations pour avoir un enfant aux trois types de désir de fécondité, aux trois types d'intentions correspondantes, influençant les comportements de conception	14
Figure 2 : phases successives de la source motivationnelle à la réalisation du projet d'enfant	15
Figure 3 : niveau de stabilité des motivations, des désirs et des intentions.....	15
Figure 4: les différentes formes de désir en jeu dans le projet d'enfant	16
Figure 5 : types de conditions à la parentalité	20
Figure 6 : Probabilité d'obtenir une grossesse (conduisant à une naissance vivante) selon l'âge en début de tentative: spontanément en 12 mois ou en 5 ans, au moyen d'un traitement d'aide médicale (deux tentatives de FIV) – Source: modèle de stimulation	25
Figure 7 : Probabilité d'avoir un enfant en fonction de l'âge à la naissance de l'enfant (La Rochebrochard, 2003)	26
Figure 8 : nature multidimensionnelle de l'image du corps.....	56
Figure 9 : Pourcentage de sujets désirant mincir des différentes zones corporelles.....	58
Figure 10 : outil permettant de mesurer la différence entre écart réel, idéal et perçu de son apparence corporelle	59
Figure 11 : Effet du traitement hormonal sur le vécu et l'efficacité de la prise en charge	71
Figure 12 : dessin autodescriptif réalisé par une femme infertile	74
Figure 13 : Dessins autodescriptifs réalisés par une femme infertiles et une femme fertile	74
Figure 14 : Dimension de l'apparence physique et sous dimensions explorées dans le questionnaire	99
Figure 15 : Dimension relative à la satisfaction corporelle et sous dimensions explorées dans le questionnaire	100
Figure 16 : Dimension relative à la satisfaction liée au poids et sous dimensions explorées dans le questionnaire	100
Figure 17 : Dimensions relatives à la recherche de minceur, de tonicité et de volume musculaire ainsi que les zones concernées et explorées dans le questionnaire	101
Figure 18 : Dimension relative aux désirs de modification corporelle explorés dans le questionnaire.....	101
Figure 19 : Dimension relative au désir d'enfant et autres variables en lien explorées dans le questionnaire ..	102
Figure 20 : Dimension relative aux motivations à avoir un enfant et autres variables en lien explorées dans le questionnaire	103
Figure 21 : Dimension relative aux conditions favorisant ou non la réalisation du désir d'enfant comme explorée dans le questionnaire.....	104

Figure 22 : Dimension relative aux appréhensions liées à la grossesse ou à l'accouchement comme explorées dans le questionnaire.....	105
Figure 23 : représentations que les sujets peuvent avoir de la parentalité de leurs parents comme explorées dans le questionnaire.....	106
Figure 24 : Répartition (en pourcentages) des sujets en terme d'âge désiré pour avoir son premier enfant en fonction des genres et des classes d'âges.....	123
Figure 25 : Répartition (en pourcentages) sous forme d'histogramme en termes de conditions en fonction du genre	130
Figure 26 : Répartition (en pourcentages) des sujets en termes de conditions en fonction du genre	133

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tests statistiques appliqués en fonction de la nature des variables	114
Tableau 2 : Répartition (en pourcentages) des sujets en fonction du pays d'origine.....	115
Tableau 3 : Répartition des situations matrimoniales en fonction des classes d'âge	116
Tableau 4 : Répartition des situations matrimoniales (P: en pourcentages) en fonction des classes d'âges (C: les chiffres de droite expriment le résultat en pourcentages dans la classe d'âge donné)	116
Tableau 5 : Répartition des sujets déjà parents (P: en pourcentages) en fonction des classes d'âges (C: les chiffres de droite expriment le résultat en pourcentages dans la classe d'âge donné)	117
Tableau 6 : Répartition (en pourcentages) du nombre de tentatives en fonction de la raison médicale de la venue des patients en centre de PMA	118
Tableau 7 : Répartition du nombre de tentatives (en pourcentages) en fonction de l'origine de l'infertilité....	119
Tableau 8 : Répartition (en pourcentages) des raisons médicales de la venue des patients en centre de PMA en fonction de l'origine de l'infertilité	119
Tableau 9 : Répartition en pourcentages de l'état de la relation de couple en fonction du nombre de tentatives de PMA.....	121
Tableau 10 : Répartition (en pourcentages) du nombre de tentatives, de la raison médicale de la consultation en centre de PMA et de l'état de la relation de couple chez les couples infertiles en fonction de l'origine de l'infertilité.....	121
Tableau 11 : Répartition (en pourcentages) du nombre de tentatives et de l'état de la relation de couple chez les couples infertiles en fonction de la raison médicale de la consultation en centre de PMA.....	121
Tableau 12 : Répartition (en pourcentages) du taux de désir d'adoption en fonction de l'origine de l'infertilité	126
Tableau 13 : Répartition du nombre et du pourcentage de sujets infertiles en fonction des motivations positives dominantes pour avoir un enfant	127
Tableau 14 : Répartition des sujets en fonction de leur genre et de leur appartenance ou non au groupe clinique en ce qui concerne les conditions négatives à la venue d'un enfant	132
Tableau 15 : Répartition (en pourcentages) des sujets en fonction de leur sexe et de leurs désirs de minceur (par zone corporelle).....	139
Tableau 16 : Répartition (en pourcentages) des sujets en fonction de leur sexe et de leurs désirs de tonicité musculaire (par zone corporelle)	139
Tableau 17 : Répartition (en pourcentages) des sujets en fonction de leur sexe et de leurs désirs de volume musculaire (par zone corporelle)	140

I INTRODUCTION

1 PROJET DE VIE – PROJET D’ENFANT

Le projet est l’expression de la projection dans l’avenir du sujet ainsi que de ses aspirations et de ses choix. Il donne du sens à ce que vit la personne. Se poser la question de faire des enfants ne va pas forcément de soi. Tout le monde ne la formalise pas. Elle prend un sens différent lorsque la personne est atteinte d’une maladie ou d’une incapacité, comme dans le cas de l’infertilité¹. Elle peut, alors, être amenée à envisager d’autres perspectives de vie.

Ce projet peut varier en fonction des différents stades, selon que le sujet en est au diagnostic ou qu’il a déjà subi plusieurs échecs de fécondation. L’environnement peut aussi modifier l’équilibre du sujet et influencer sur ce projet, ainsi que l’acceptation ou non des conditions de prise en charge qui peuvent ne pas correspondre à ses aspirations.

Il s’agit là de quelque chose de personnel et singulier qui se construit, aussi, en couple ; tout cela en lien avec la pression sociale et familiale. Il dépend de ce que le sujet vit, a vécu et de ce qu’il ressent dans un continuum temporel passé-présent-futur. D’où la nécessité de prendre en compte ce qui, dans son passé et ses représentations présentes, peut influencer sur ses choix et ses résistances. Point rassurant dans le cadre de la prise en charge de l’infertilité, il est le reflet d’un moment de l’existence, est évolutif et ne peut, donc, être figé ; même si de grandes parts inconscientes en conditionnent et fixent certains aspects et qu’il paraît, là, plus difficile de les appréhender.

Le projet n’est qu’un point de départ. A partir de ses attentes, du sens donné à ce projet, tout individu peut évaluer ses besoins et envisager des compensations. D’autant plus que la personne consultant pour infertilité peut avoir du mal à élaborer et/ou verbaliser. Un accompagnement peut s’avérer nécessaire pour mûrir ce projet, d’où le rôle du psychologue

¹ On a pu remarquer des liens entre infertilité et projet d’enfant en prenant en compte le rôle de déterminants psychiques (Stoleru, Teglas, Fermanian, & Spira, 1993).

et de la recherche afin de cerner leurs attentes ainsi que les difficultés qu'ils peuvent éprouver.

Commençons par voir ce qui les pousse ou non à vouloir des enfants au travers, notamment, du modèle élaboré par Miller et son équipe (Miller & Pasta, 1988). Puis, découvrons ensemble les résultats d'études sur les intentions et comportements en matière de fécondité réalisées à la demande de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) ainsi que ceux obtenus lors d'une de mes précédentes études. Ces données permettront de discuter les résultats ultérieurement. Par la suite, sera abordé ce qu'il se passe lorsqu'ils n'arrivent pas à concrétiser ce projet d'enfant par eux-mêmes et font appel à de la procréation médicalement assistée (PMA).

2 MODELE DE LA CONSTRUCTION DU PROJET D'ENFANT

Peu d'études en France ont été réalisées sur le projet d'enfant. Toutefois, une étude de type longitudinale menée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) à la demande de l'INED à partir de 1998, s'est employée à mesurer les intentions de fécondité et à les mettre en rapport, entre autres, avec la réalité de celle-ci. Il s'agit de l'Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages. Elle a été réalisée au sein de la population générale. Au travers d'un très long questionnaire des questions telles « Souhaitez-vous avoir (encore) un enfant ? » ou « Dans combien de temps souhaitez-vous avoir votre (prochain) enfant ? » sont posées. On peut constater que l'échelle utilisée correspond favorablement à la définition du désir de fécondité. Elle prend en compte les notions d'intention, de désir, de motivations et de comportements. Les sujets sont interrogés, à plusieurs reprises, entre autres, sur le nombre d'enfants qu'ils souhaiteraient et à quel moment ils désireraient les avoir (Toulemon & Testa, 2005).

2.1 MOTIVATIONS A AVOIR OU NON DES ENFANTS

Les motivations en matière de parentalité ont fait l'objet de recherches menées, notamment, par Miller (Miller, 1995). Il a construit un modèle s'appuyant particulièrement sur les théories de l'action raisonnée² et de l'action planifiée³ (Ajzen & Fishbein, 1980).

Miller a pu mettre en évidence le rôle des motivations sur les désirs qui mènent à avoir un enfant, ces derniers amenant à des intentions et enfin à des comportements (Figure 1).

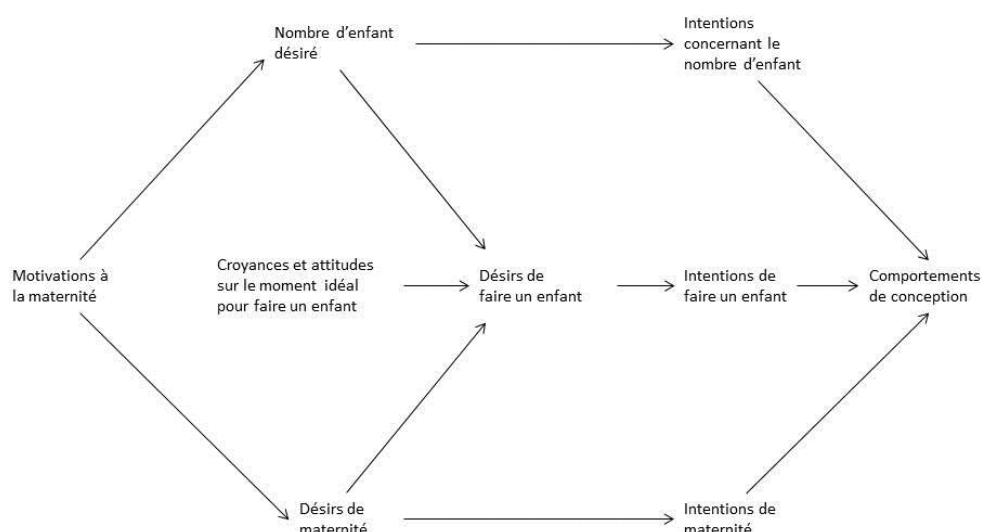


FIGURE 1 : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DU PASSAGE DES MOTIVATIONS POUR AVOIR UN ENFANT AUX TROIS TYPES DE DESIR DE FECUNDITE, AUX TROIS TYPES D'INTENTIONS CORRESPONDANTES, INFLUENÇANT LES COMPORTEMENTS DE CONCEPTION

²Selon la théorie de l'action raisonnée (TAR), le comportement est influencé par les intentions individuelles de comportement, lesquelles sont déterminées par les attitudes envers ce comportement et les normes subjectives.

³La Théorie du Comportement Planifié (TCP), proposée par Icek Ajzen et Fishbein, se présente comme une amélioration de la Théorie de l'action raisonnée :

Elle postule que le comportement humain, pour être effectif, doit d'abord être planifié. Pour être décidé, trois types de facteurs sont nécessaires :

- Des jugements sur la désirabilité du comportement et de ses conséquences (attitudes par rapport au comportement).
- Des considérations sur l'influence et l'opinion des proches sur le comportement (les normes sociales).
- Des croyances sur la capacité du sujet à réussir le comportement (auto-efficacité).



FIGURE 2 : PHASES SUCCESSIVES DE LA SOURCE MOTIVATIONNELLE A LA REALISATION DU PROJET D'ENFANT

Les motivations, qui sont des traits psychiques, sont jugées plus stables que les désirs et intentions qui sont qualifiés, quant à eux, d'états psychiques (Mc Clelland, 1983). Il est à rajouter que ces deux états sont aussi influencés par d'autres déterminants.

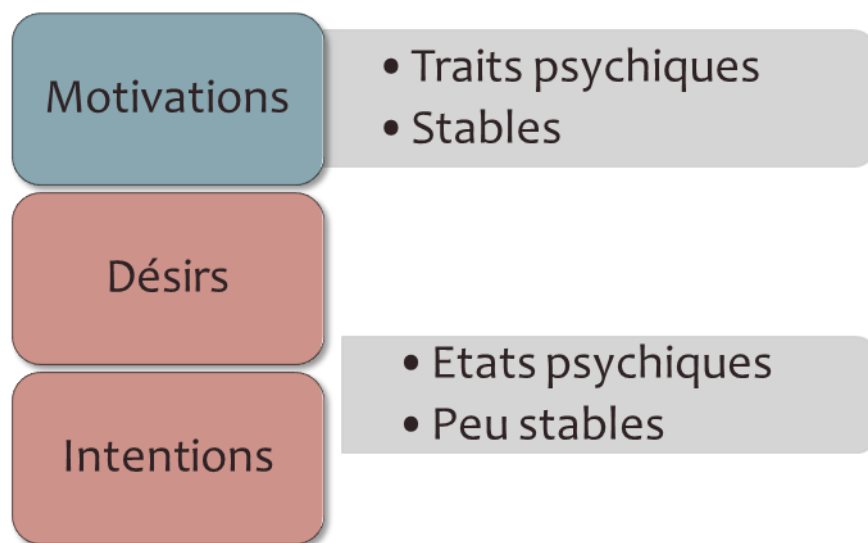


FIGURE 3 : NIVEAU DE STABILITE DES MOTIVATIONS, DES DESIRS ET DES INTENTIONS

Au sein de ce modèle, les désirs et intentions se subdivisent en :

- désirs/intentions d'avoir des enfants,
- nombre d'enfants désiré/envisagés et
- moment où ces enfants sont désirés/envisagés (Figure 1).

Il est important de préciser qu'il n'y a pas un seul désir en jeu dans le projet d'enfant. Il y a en a plusieurs. Il peut y avoir, par exemple, désir de grossesse mais pas désir de parentalité. Il peut y avoir désir d'enfant mais pas désir de grossesse. L'absence de certains de ces désirs peuvent avoir un impact sur les comportements du sujet, que ce soit conscient ou inconscient (André, Chabert, & Collectif, 2009; M. Bydlowski, 2003).

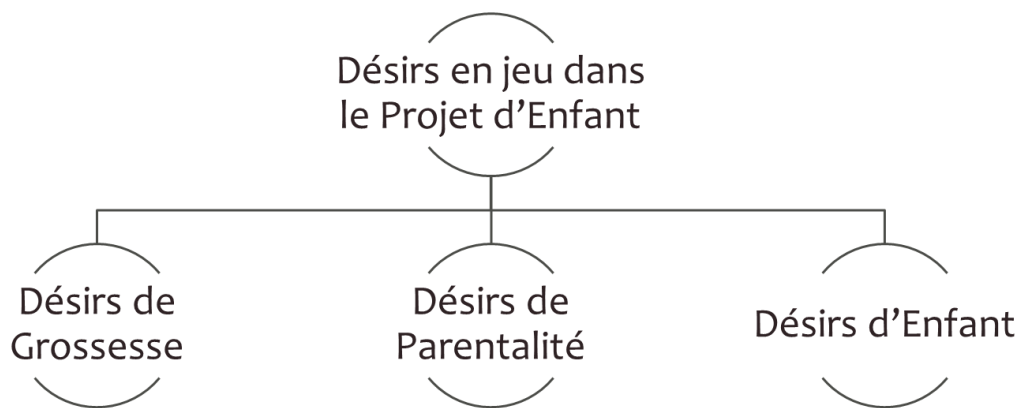


FIGURE 4: LES DIFFERENTES FORMES DE DESIR EN JEU DANS LE PROJET D'ENFANT

En outre, il semblerait que le nombre d'enfant désiré ait une influence sur le moment où les sujets aimeraient avoir leur premier enfant. Plus *les sujets aimeraient en avoir, plus tôt ils aimeraient mettre au monde leur premier enfant, et ce réciproquement* (Bumpass, 1970). Il n'existerait, néanmoins, pas de lien de cause à effet (Miller, 1981).

Les motivations peuvent être :

- positives, c'est-à-dire encourageant à avoir des enfants ou négatives, ces dernières amenant plutôt à avoir peu ou pas d'enfant(s).
- conscientes ou non, mais sont souvent latentes et n'agissent pas toujours de manière linéaire.

Elles seraient déterminées par :

- des facteurs génétiques
- des traits de personnalité, et
- des expériences relatives à l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, notamment de par le modèle parental qu'ils ont reçu - surtout maternel, et ce quel que soit le sexe (Miller, 1992, 1995) (cf. annexes 3 et 4).

Le genre et l'âge semblent reliés à ces motivations.

- *Ainsi, les femmes montreraient de plus fortes motivations positives et de plus faibles motivations négatives que les hommes.*
- *Les sujets qui ont déjà eu un enfant auraient de plus fortes motivations positives et de plus faibles motivations négatives que ceux qui n'ont pas encore eu d'enfant.*
- *En ce qui concerne l'âge, plus il serait élevé, plus faibles seraient les motivations positives et plus élevées seraient les négatives. Les enfants seraient, alors, attendus plus rapidement et en moins grand nombre (Miller, 1981).*

Les désirs ne se réaliseraient pas toujours directement mais seraient convertis, en rapport à la réalité interne et externe des sujets, en intentions (davantage reliées aux décisions). Lorsque les conditions et les moments sont adéquats, ces intentions peuvent mener à des comportements tout en sachant que les sujets essaieront néanmoins de réaliser leurs désirs.

Le désir du conjoint est, entre autres, à prendre en considération tout comme ses intentions (Miller & Pasta, 1988).

Ces désirs, semblent être déterminés, entre autres, par des motivations positives telles que le bonheur de :

- la grossesse,
- de la naissance, et
- de l'enfance.

Ce facteur n'agirait pas, en revanche, sur le nombre d'enfant désiré qui dépendrait davantage du modèle social en matière de parentalité auquel appartiennent les sujets. Ce modèle influencerait le nombre d'enfant désiré mais pas le désir d'enfant

Peu d'études ont exploré ces facteurs. Il a, toutefois, paru pertinent de les inclure dans cette recherche car ils ont paru centraux dans la question du projet d'enfant des couples consultant en centre de PMA. Ceci s'avère être une démarche originale et porteuse d'intérêt pour les accompagner au mieux dans leur prise en charge ainsi que dans la réalisation ou non de ce projet en fonction de l'efficacité des traitements de PMA.

Par ailleurs, sur la base du même modèle, le projet d'enfant de sujets étudiant sur le campus grenoblois a aussi été sondé et étudié (Parnot, 2007, mémoire de master 2 recherche, non publié). Plusieurs résultats en ont été retirés.

Il a été constaté qu'il existait des motivations positives et négatives. Parmi les motivations positives, il y a celles relatives au « privé » qui semblent avoir une certaine importance telles que :

- le bonheur apporté par la venue d'un enfant,
- l'amour dans le couple et
- l'envie de donner la vie

... qui apparaissent comme très importantes pour plus de 80% des sujets.

Le fait de « se prolonger, de transmettre » est très important pour 50% des sujets quand seulement 30% accordent beaucoup d'importance aux aspects financiers. Les sujets accordaient plus d'importance aux motivations affectives que matérielles, quel que soit le genre.

Pour ce qui est des motivations négatives, qui les poussent à avoir peu ou pas d'enfant, les craintes face à l'avenir révèlent un caractère très important pour plus de la moitié des sujets (55%) quand les autres motivations négatives proposées ne sont très importantes que pour un tiers des sujets.

Les résultats obtenus sont sensiblement les mêmes quels que soit le sexe et l'âge. Les femmes valorisent les raisons qui poussent à avoir des enfants alors que les hommes tendent à dévaloriser les raisons qui poussent, au contraire, à en avoir peu ou pas du tout. Ces différences sont toutefois très faibles.

3 CONDITIONS QUE LES COUPLES SOUHAITENT REMPLIR AVANT D'AVOIR UN ENFANT

L'arrivée d'un enfant paraît de plus en plus programmée grâce, notamment, au contrôle rendu possible par les moyens de contraception. Aussi nombreuses et manifestes que peuvent être les motivations à fonder une famille, les conditions, que se fixent le couple, ne sont pas toujours remplies comme ils le souhaiteraient.

Voici, de nouveau, quelques résultats de la précédente étude qui a été menée sur le projet d'enfant (Parnot, 2007, mémoire de master 2 recherche, non publié).

Les préalables psychologiques semblent avoir plus d'importance que les nécessités matérielles :

- Plus de 90% des sujets considèrent les conditions psychologiques comme très importantes,
- 70% à 80% des sujets accordent le même niveau d'importance vis-à-vis des conditions matérielles.

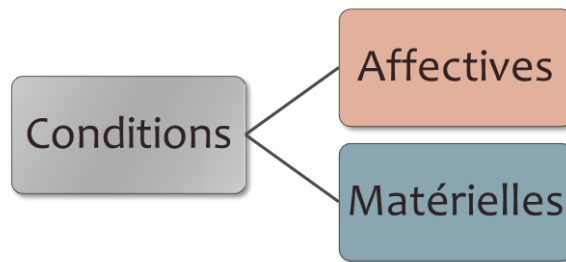


FIGURE 5 : TYPES DE CONDITIONS A LA PARENTALITE

Parmi les conditions psychologiques primordiales, il y a les conditions suivantes :

- se sentir prêt
- avoir envie.

Parmi les conditions matérielles se trouve, par exemple, le fait d'avoir un logement plus grand.

Ces aspirations ne semblent pas varier avec l'âge.

La situation professionnelle semble plus importante que le fait d'avoir des enfants pour seulement 51% des femmes contre 79% des hommes. L'aspect professionnel prime donc davantage du côté des hommes.

Enfin, les deux conjoints doivent être simultanément déterminés pour que le couple essaie vraiment d'avoir un enfant. Dans le cas contraire, la possibilité de procréer paraît diminuer significativement. Ce résultat montre bien que, généralement, faire un bébé se décide et se réalise à deux, avec l'accord de chacun des partenaires.

En définitive, on peut voir qu'après la volonté de vivre pleinement leur vie de couple, ils attendraient souvent d'avoir fini leurs études, d'avoir démarré une vie professionnelle la

plus stable possible, d'avoir un logement adapté à leurs désirs voire à la venue d'un enfant, un bon salaire, ... le bon moment qui ne vient pas toujours aussi vite qu'ils le souhaiteraient (Parnot et al., 2007, mémoire de master 2 recherche, non publié). Ils se retrouvent, alors, de plus en plus confrontés à l'impossibilité de procréer au moment où ils l'ont décidé et s'y sentent prêts. C'est alors, parfois, l'engrenage dans l'infertilité.

4 AUTRES DONNEES EN MATIERE D'INTENTIONS ET DE COMPORTEMENTS DE FECONDITE

Dans le cas de l'Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (INED) (Régnier-Loilier, 2007) :

4.1 INTENTIONS

- 37% des sujets interrogés, hommes et femmes, âgés de 15 à 45 ans, affirment qu'ils ne « savent pas » ou pensent en avoir un « mais plus tard », au-delà de 5 ans tout du moins.
- 60% ne présentent pas de ferme intention d'en avoir dans les 5 ans.
- 7% des sujets souhaitent avoir un enfant au plus tôt
- 29%, dans les cinq ans qui suivent.
- Enfin, pour une personne sur trois, la possibilité de « changer d'avis » est envisagée ce qui montre que toute décision prise à ce sujet au moment de la passation, dépendant grandement du contexte de vie, n'est pas immuable.

4.2 COMPORTEMENTS

- Dans la réalité, 24% des femmes interrogées ont effectivement eu un enfant.
- 41% des intentions « fermes » ne se sont pas réalisées

- 58% des personnes qui n'étaient pas sûres ont finalement eu un enfant (45% des enfants nés entre 1998 et 2003).

Ces résultats montrent que les intentions ne prédisent pas toujours les comportements suivant le modèle de Miller (Miller, Severy, & Pasta, 2004). S'observent des différences selon les âges, le nombre d'enfants déjà nés ou encore la situation de couple et la durée de la relation. Il a été remarqué que les sujets qui paraissaient les plus décidés à avoir ou non des enfants étaient ceux qui ont réalisé davantage leurs intentions. Ceci a surtout été observé chez ceux qui refusaient d'avoir un enfant (1 sujet sur 6). Les personnes cohabitant et celles mariées avaient la même probabilité de donner naissance (37% et 35% respectivement) quand le fait de ne pas encore vivre en couple diminuait cette probabilité (14% quelles que soient les intentions initialement énoncées).

4.3 NOMBRE D'ENFANTS

Le modèle familial à deux ou trois enfants apparaît comme largement dominant. Le modèle de l'enfant unique ne semble, en revanche, pas attirer (Regnier-Loilier, 2006). Pour environ la moitié des sujets de l'étude de Toulemon et son équipe (L. Toulemon, Leridon, & Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Division Enquêtes et Etudes Démographiques. Paris, 1999), âgés de 15 à 45 ans et quel que soit le sexe, le nombre idéal d'enfant dans une famille est de deux. Pour quatre sujets sur dix, il se situe à trois enfants. Il est rare qu'ils déclarent vouloir moins de deux enfants. Le nombre moyen est de 2.6 enfants par famille et de 2.3 enfant par famille « en situation », c'est-à-dire relativement à leur milieu et leur niveau de ressource.

En général, les femmes déclarent un nombre idéal plus élevé que les hommes (2.7 pour 2.5 en moyenne). Pour 48% des femmes, avoir trois enfants ou plus représente l'idéal alors que c'est le cas de 40% des hommes. En référence à leur milieu, cet idéal est ramené à la baisse par 32% des femmes et 21% des hommes. Cet ajustement est davantage présent chez les sujets âgés de 25 à 35 ans. Ce nombre idéal apparaît comme plus faible que la taille des familles d'origine, cette dernière étant supérieure à trois enfants par famille, en moyenne.

Dans la réalité, il y a *davantage de familles sans enfant ou avec un enfant unique mais aussi davantage de familles de quatre enfants et plus*, ce qui diffère du nombre d'enfants idéal. Enfin, les ruptures d'union contribuent à varier les tailles des familles car il s'agit souvent d'une occasion d'avoir au moins un autre enfant. Cet effet reste, néanmoins, faiblement significatif.

4.4 AGE ET DELAI POUR AVOIR UN ENFANT

- Trois sujets sur dix, quel que soit le sexe, aimeraient avoir leur premier enfant avant 25 ans,
- pour 30% des sujets à 25 ans, et
- 40% après cet âge.
- 33% des sujets souhaitent avoir encore au moins un enfant, mais
- 6% voudraient vivre une grossesse sans attendre.

Dans la réalité, 44% des sujets ont effectivement eu un enfant avant 25 ans pour 26% n'en ayant pas encore à 30 ans.

La majorité des sujets (60%) pense que l'âge idéal pour devenir parent se situe entre 25 et 30 ans pour seulement 15% avant 25 ans et 25% après 30 ans. Les femmes déclarent des âges plus élevés que les hommes. L'âge limite pour avoir un enfant se situe, pour sa part, à 40 ans. Parmi celles qui ont déjà des enfants, la majorité déclare que l'âge idéal pour avoir un enfant est de 30 ans ce qui est proche de l'âge réel auquel elles ont effectivement eu leur enfant. Parmi les femmes plus jeunes qui ont situé l'âge idéal pour une maternité à environ 25 ans, elles se retrouvent généralement en dessous de la réalité.

5 QUAND LE PROJET D'ENFANT NE PREND PAS... ET QUE L'INFERTILITE PREND LE PAS.

5.1 INTENTIONS DE FECONDITE ET HYPOFERTILITE

5.1.1 DELAI RETARDE POUR AVOIR LE PREMIER ENFANT ET RISQUE D'HYPOFERTILITE

Concevoir un enfant représente une étape importante dans la vie de couple, décision dont la réalisation ne suit pas toujours les intentions. Les travaux de Pison et son équipe de l'Institut National des Etudes Démographiques vont dans ce sens (Pison, 2002). La tranche d'âge souhaitée pour avoir un enfant se situerait entre 25 et 30 ans. Cependant, l'âge moyen pour avoir son premier enfant est récemment passé la barre des 30 ans⁴ (Régnier-Loilier, Vignoli, & Dutreuilh, 2011) et depuis, l'âge moyen à l'accouchement continue à s'élever (30.1 ans). La proportion de mères qui accouchent entre 30 et 34 ans est passée de 26% en 1991 à 33% en 2011 et celle des mères âgées de 35 ans ou plus de 13% à 22%. Accoucher à 40 ans ou plus se révèle être une situation deux fois plus fréquente qu'il y a vingt ans (2.2% des mères en 1991 pour près de 5% en 2011) (Pla & Beaumel, 2012). Entre 35 et 40 ans, le taux de fécondité baisserait de 50% pour devenir quasiment nul à partir de 45 ans (Smith et al., 2010). Certains médias, ainsi que les remarquables évolutions de la médecine (Aide Médicale à la Procréation, ...) ou encore l'utilisation des contraceptifs, amèneraient les individus à avoir une illusion de maîtrise de la fécondité. Parfois, lorsque les couples passent à l'acte, ils se retrouvent alors confrontés à des difficultés pour concevoir l'enfant dont ils rêvent tant. C'est un des problèmes majeurs, fortement actuel et en nette augmentation qui se cache derrière ce que l'on appelle l'hypofertilité due à l'âge⁵ (Figure 6 et Figure 7).

⁴Une première grossesse de plus en plus tard :

-L'âge de la première grossesse est passé de 24 ans environ en 1978 à 29 ans en 2007. Il a atteint 30 ans en 2010.

-28 000 femmes âgées de 40 ans environ ont accouché en 2007 alors qu'elles étaient environ 8000 en 1978.

⁵-94 % des femmes à 35 ans et 77 % des femmes à 38 ans conçoivent un enfant après 3 ans de rapports réguliers sans contraception.

-La fertilité des femmes est à son maximum vers 20 ans, puis elle diminue lentement à partir de 30 ans jusqu'à 35 ans et beaucoup plus rapidement après.

-La probabilité d'avoir un enfant est de :

- 25% par cycle à 25 ans,
- 12% à 35 ans,
- 6% à 40 ans.

Cette réalité pose, par conséquent, la question de l'hypofertilité qui, selon l'INED, risque d'augmenter d'autant plus que l'âge moyen pour avoir le premier enfant s'élève et que ceci se répercute sur les suivants. En effet, *après avoir triplé depuis 1980, les naissances dites tardives atteignent environ 4%* ce qu'il paraît important de prendre en compte et de prévenir. Il s'agit d'un problème majeur qui modifie la lecture des indices conjunctureux en matière de fécondité réalisée.

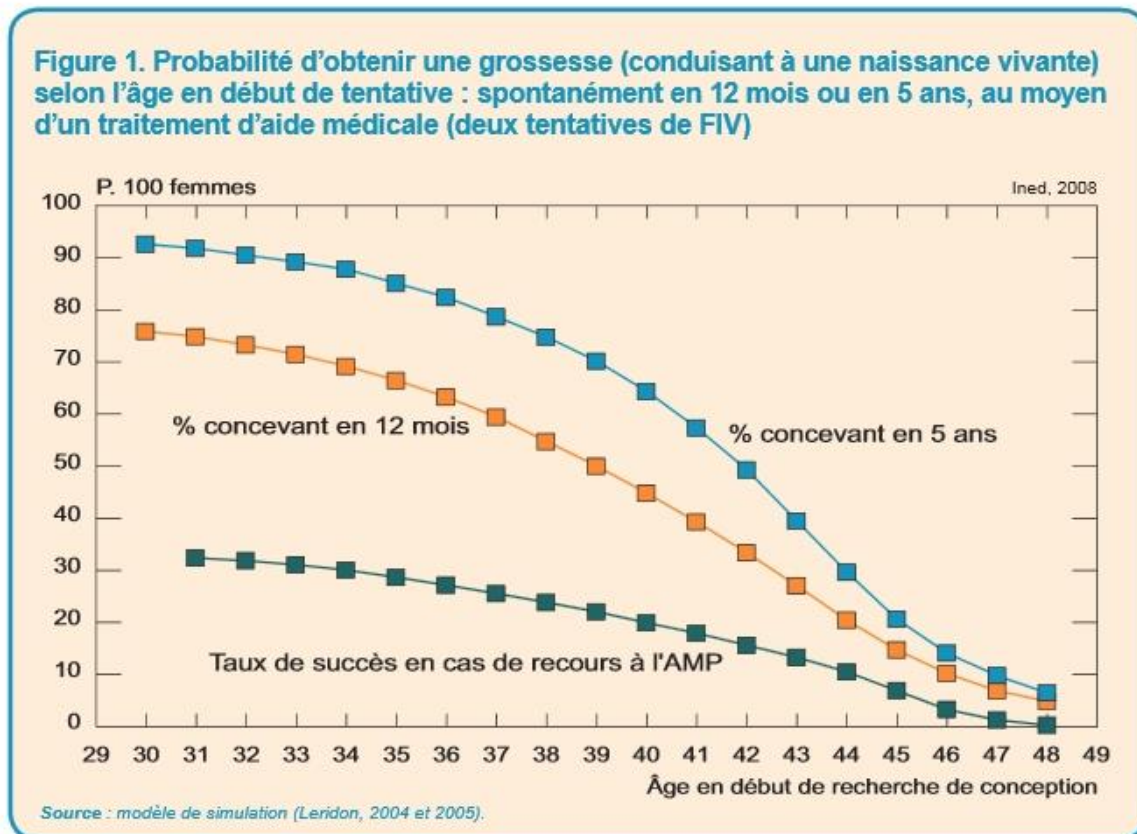


FIGURE 6 : PROBABILITE D'OBTENIR UNE GROSSESSE (CONDUISANT A UNE NAISSANCE VIVANTE) SELON L'AGE EN DEBUT DE TENTATIVE: SPONTANEMENT EN 12 MOIS OU EN 5 ANS, AU MOYEN D'UN TRAITEMENT D'AIDE MEDICALE (DEUX TENTATIVES DE FIV) – SOURCE: MODELE DE STIMULATION

(La Rochebrochard, 2003; H Leridon, 2005; Henri Leridon, 2004)

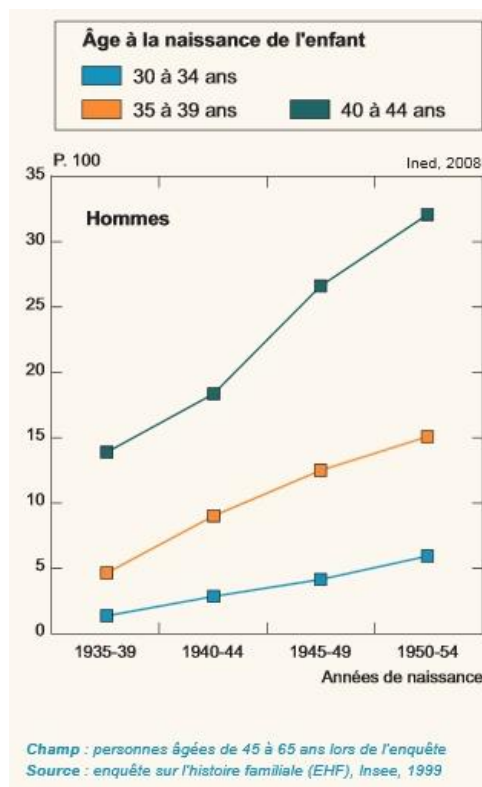


FIGURE 7 : PROBABILITE D'AVOIR UN ENFANT EN FONCTION DE L'AGE A LA NAISSANCE DE L'ENFANT (LA ROCHEBROCHARD, 2003)

5.1.2 CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS FAMILIAUX

L'émancipation et l'autonomisation des femmes grâce à la contraception ainsi qu'une plus grande participation au marché du travail ont induit de profonds changements dans les comportements familiaux qui se sont accompagnés d'une baisse conséquente de la fécondité dans de nombreux pays de l'Union Européenne (McDonald, 2001). La France a, cependant, fait preuve d'une évolution différente. En tête des pays européens, la France montre, actuellement, un taux de fécondité proche du seuil de remplacement des générations, fixé à 2,07 selon l'INSEE : environ 2 enfants par femme. En revanche, ce taux ne s'élève qu'à 1,3 enfant par femme en Espagne et en Italie, 1,4 en Allemagne et 1,7 en Grande-Bretagne. Aux Etats-Unis, il est de 2,1 dont 1,8 pour les « Caucasiennes », 2,3 pour les Afro-américaines et 3,1 pour les Hispaniques. Il apparaît qu'une Française sur 10 reste sans enfant contre un quart des Allemandes. Bien que, chez les moins de 25 ans, on observe une chute de la fécondité depuis la fin des années 1990, celle des plus de 28 ans semble

repartie (Prioux, 2003). Même si les sujets ont leur premier enfant plus tard, ceci ne semble pas avoir d'impact sur la taille des familles.

5.1.3 DETERMINANTS PSYCHOLOGIQUES, MOTIVATION ET CONDITIONS D'ACCES A LA PARENTALITE

Le taux de natalité est tel en France qu'il laisse penser à un renouvellement satisfaisant des générations. Toutefois, nos sociétés semblent de plus en plus confrontées à ce phénomène d'hypofertilité dû, par ailleurs, à l'augmentation de l'âge pour avoir son premier enfant et les suivants. Parmi les motivations et les conditions qui amènent à ces nouveaux comportements en matière de fécondité, il y a les raisons matérielles telles que le manque d'équipements pour élever un enfant ou l'allongement des études. Il existerait, également, des déterminants psychologiques qui pourraient jouer un rôle non négligeable sur la construction et la réalité du désir d'enfant ; comme a pu le mettre en relief Miller au travers du modèle qu'il a construit (Miller, 1981).

5.2 L'INFERTILITE, UN PROBLEME MAJEUR DANS LES SOCIETES OCCIDENTALES

L'infertilité toucherait approximativement 80 millions de personnes dans le monde. Chaque année, environ 1 couple sur 7 consulterait afin d'être aidé pour concevoir un enfant. Même si son taux varie à travers le monde (de moins de 5% à plus de 30%), on estime qu'il y a environ 1 couple sur 10 souffrant d'infertilité primaire ou secondaire qui suivrait des traitements. Or, seul 3 à 50% d'entre eux seraient estimés comme réellement stériles (Déchaud et al., 1998), le reste faisant face à une hypofertilité ou pourtant fertiles. Elle affecte davantage les pays développés, en raison de la prévalence des maladies infectieuses avec conséquences sur le système reproductif et la limitation de l'accès aux traitements de l'infertilité.

Aussi, l'infertilité peut avoir un réel impact que ce soit au niveau social ou psychologique allant d'un sentiment d'exclusion sociale au divorce, avec une certaine forme de stigmatisation qui provoque des sentiments d'isolement et une détresse mentale.

Dans certaines cultures, l'accès à la maternité est l'unique moyen pour les femmes d'atteindre un certain statut au sein de la famille, d'une part, et de la communauté, d'autre part. Aux Etats-Unis, les spécialistes qui s'intéressent à l'infertilité, ont constaté que les couples infertiles étaient une des « minorités les plus négligées et silencieuses ».

Dans les pays développés, les avancées en matière d'aide à la reproduction offrent de l'espoir aux couples infertiles. Mais c'est sans compter sur les difficultés qu'il peut y avoir pour accéder aux soins. Aux Etats-Unis, par exemple, le coût financier est non négligeable pour les couples et les assurances limitent fortement le remboursement.

Par ailleurs, beaucoup de couples cherchent une certaine stabilité à la fois relationnelle et économique avant de concevoir un enfant, avec la conviction que la médecine moderne a les solutions dans les cas où ils rencontreraient des difficultés pour avoir un enfant. Pourtant, seule la moitié des couples parviendraient à en avoir suite à des traitements d'aide à la procréation. 4 à 5 % des couples seraient considérés comme définitivement stériles après plusieurs tentatives d'assistance médicale à la procréation.

Dans les pays en voie de développement, ce sont les infections consécutives à des maladies sexuellement transmissibles qui seraient fortement mises en cause ou encore les infections post-couches ou après des fausses couches. Un travail de prévention est, ainsi, envisagée dans ces pays.

On observe, enfin, que le vécu des personnes infertiles est négligé même s'il existe, malgré tout, une riche littérature sur les conséquences psychologiques et sociales de l'infertilité. C'est pourquoi, il a paru pertinent de s'intéresser au vécu de couples consultant en centres de procréation médicalement assistée.

5.3 DEFINITIONS ET GENERALITES

Il est important, pour commencer, de faire un point sur quelques concepts clés utiles dans la compréhension de l'infertilité et de son vécu dans le cadre de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP). Ces informations permettront de mieux connaître les caractéristiques des groupes de comparaison dans le cadre de cette étude.

5.3.1 LA FERTILITE

Aptitude physiologique à procréer, à concevoir et à donner naissance à un ou plusieurs enfants vivants, la fertilité se différencie de la fécondité qui est le fait d'avoir procréé. Il existe, au sein de la population, une grande variabilité dans les degrés de fertilité, allant de couples hyperfertiles (pouvant procréer très facilement) aux couples stériles (qui ne peuvent procréer même avec AMP).

- Chez 10% des couples, seuls 2 cycles seraient nécessaires à la conception (couples hyperfertiles).
- Le délai moyen de conception, dans l'ensemble de la population, se situerait aux alentours de 4 cycles d'essai.
- Lorsque ce délai est plus long, on parle d'hypofertilité modérée à sévère.
- Au-delà de 2 ans avec rapports sexuels sans contraception, ce délai est considéré comme pathologique et un recours à la PMA vu comme nécessaire pour parvenir à procréer.

5.3.2 FECONDABILITE OU TAUX DE FECONDITE

C'est le degré de fertilité, c'est-à-dire la probabilité de procréer à chaque cycle.

- Elle est d'environ 25% lors des premiers essais chez un couple jeune, à savoir qu'il faudrait, en moyenne, environ 4 cycles pour procréer spontanément⁶.

⁶ Les délais moyens pour concevoir un enfant

-A 25 ans, un couple a, en moyenne, 25 % de chance d'obtenir une grossesse à chaque cycle, avec un délai moyen de conception de 3 à 6 mois.

-Un couple réussit en moyenne à mettre au monde un bébé au bout de 6 mois à 12 mois.

-Le pourcentage des femmes ayant conçu un enfant :

- Elle tomberait à 16% après 6 mois d'essais,
- 8% après 2 ans d'essais,
- 4% après 5 ans d'essais.

Ce taux varie dans le cas des hypofertilités modérées pour atteindre les 10%, celui-ci étant de 1% pour les hypofertilités sévères. On a, alors, besoin, en moyenne, de 100 cycles théoriques, soit environ 8 ans, pour procréer spontanément. Enfin, le taux de fertilité varierait d'un couple à l'autre de 0 à 65%, ce qui montre une importante variabilité à ce sujet.

S'agissant de statistiques, il ne faut pas oublier de tenir compte de l'âge au moment des essais, puisque la fertilité est fortement dépendante de l'âge⁷

5.3.3 HYPOFERTILITE

L'hypofertilité se caractérise par une réduction de la fertilité, le couple ayant un peu plus de difficulté pour procréer que la moyenne de la population générale.

•Après un an de rapports réguliers sans contraception : 84 %

•Après 2 ans : 92 %

-Près de 80 % des couples conçoivent naturellement un enfant au bout de 2 ans.

-60 % des couples qui éprouvent des difficultés conçoivent un enfant au bout de 1 an.

⁷ Les résultats d'une étude de l'INED, Institut national études démographiques, publiés en octobre 2008, révèlent que :

-A 30 ans, une femme qui souhaite avoir un enfant a 75% de chance d'y parvenir au bout d'une année.

-A 35 ans, ce chiffre passe à 66%.

-A 40 ans, le chiffre est de 44%.

Risques de ne pas réussir à avoir un enfant au bout d'un an

-A 30 ans, les risques de ne pas réussir à avoir un enfant au bout d'un an sont de 8%.

-A 35 ans, les risques de ne pas y parvenir sont de 15%.

-A 40 ans, ce chiffre est de 36%.

Les risques de fausse couche

-Le risque de faire une fausse couche est de 15 à 20% vers l'âge de 30 ans et de 40% vers l'âge de 40 ans.

L'âge du père

-Le taux maximal de fertilité du père est de 30 à 34 ans.

-Au-delà de 35 ans, les risques d'infertilité sont augmentés.

5.3.4 INFERTILITE

- On parle d'infertilité lorsqu'il y a eu impossibilité à procréer au bout de deux ans de rapports sexuels sans contraception, malgré des rapports sexuels fréquents (*environ 20% des femmes dans ce cas*) (Alexander et al. 2001 ; Pasch, 2001). On parle également de stérilité, mais cette dernière notion a été réduite à l'impossibilité de pouvoir procréer. *Environ 20% des femmes ne parviendrait pas à concevoir un enfant après deux ans sans contraception. 10 à 15% des couples seraient amenés à consulter pour infertilité, quelquefois dans des délais assez courts.*

5.3.5 REPARTITIONS EN FONCTION DU GENRE

- Environ 40 % des infertilités seraient d'origine féminine, 30 % masculine et 15% mixte (les deux partenaires). D'autres chiffres parlent d'un tiers d'origine féminine, un autre tiers d'origine masculine, et un dernier tiers d'origine mixte.
- 10 à 15 %, voire près d'un quart des situations de stérilité selon certaines études, seraient d'origine inexpliquée.

Cette infertilité peut-être de type:

- **primaire:** absence de grossesse observée après 2 ans d'essais non protégés chez une femme qui n'a jamais été enceinte
- **secondaire:** absence de grossesse observée après 2 ans d'essais non protégés chez une femme qui a déjà eu un ou plusieurs enfants.

5.3.6 DEROULEMENT DE L'AMP

En France, l'accès à l'AMP est strictement encadré. A savoir qu'au moment de la passation des questionnaires, les couples devaient justifier de 2 ans de vie commune. Depuis, les couples non mariés n'ont plus à produire de preuves de vie commune. Par ailleurs, la prise en charge des couples homosexuels, femmes ou hommes, reste à aujourd'hui, et ce malgré

le vote récent sur l'autorisation du mariage homosexuel, interdite de même que la gestation pour autrui. Il s'agit d'un débat riche en polémiques et qui divise grandement les Français (Belaisch Allart, 2012).

Certaines hypofertilités ou stérilités peuvent bénéficier d'un traitement étiologique adapté ou d'une cure chirurgicale. Le recours à l'AMP serait envisagé d'emblée dans certains cas. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il y a des altérations majeures de la spermatogénèse ou des trompes. Il peut être envisagé secondairement lorsque les autres thérapeutiques échouent. *5% des femmes tomberaient spontanément enceinte pendant une AMP*, ce qui montre le rôle de la prise en charge sur un blocage que l'écoute de l'équipe médicale aiderait à faire disparaître. A savoir aussi que la durée moyenne d'infécondité des couples avant qu'ils aient recours à la PMA est en général élevée.

Dans le cadre de l'AMP, il y a deux formes de prises en charge :

- L'Insémination Artificielle (IA)
- La Fécondation In Vitro (FIV)

5.3.6.1 L'INSEMINATION ARTIFICIELLE

Il s'agit d'injecter du sperme au niveau de l'orifice externe du col utérin et du canal cervical. Elle s'est imposée depuis plusieurs années pour des raisons de sécurité, d'une part, et d'efficacité, d'autre part. Les spermatozoïdes sont alors sélectionnés pour leur mobilité et cette pratique se réalise en règle générale avec le sperme du conjoint. Cette technique permettrait d'augmenter la chance de rencontre des gamètes et, en conséquence, les chances de fécondation. Dans le cas de stérilité incurable du partenaire masculin, il arrive d'employer le sperme d'un donneur (Insémination Artificielle avec Donneur ou IAD) ; cette pratique se faisant de façon anonyme, volontaire et non rémunérée au sein du CECOS (Centre d'Etudes et de Conservation des Œufs et du Sperme). A savoir que depuis qu'une technique nommée FIV par micro-injection ou ICSI a donné des résultats intéressants, le recours au sperme de donneurs est devenu nettement moins fréquent.

5.3.6.2 LA FECONDATION IN VITRO

Indiquée dans le cas de stérilité tubaire, d'hypofertilités féminine et/ou inexpliquée, elle consiste en la mise en contact, dans un milieu approprié, d'ovocytes et de spermatozoïdes qui mènent à la fécondation et à la formation d'un embryon jusqu'au stade de 2 à 8 cellules. Pour cela, on induit une ovulation multiple chez la femme, on lui ponctionne, ensuite, des ovocytes puis on prépare les spermatozoïdes après les avoir recueillis en laboratoire par masturbation du partenaire masculin. Après fécondation, un ou plusieurs embryons sont transférés chez la femme. Le taux de nidation par embryon serait faible, de l'ordre d'environ 12%. Ceci fait que pour augmenter la chance de conception, on augmente le nombre d'embryons transférés, de l'ordre de 2 à 3 embryons en moyenne. Le taux moyen de grossesse clinique par ponction est, alors, de 20%.

Le risque de cette pratique est de provoquer des grossesses multiples et, donc, des taux élevés de prématurité.

- A savoir que dans le cas d'une grossesse simple, ce dernier se situerait à 9%.
- Il augmenterait à 42% dans le cas de grossesses naturelles gémellaires et à 87% dans le cas de grossesses naturelles de triplés.
- Ici, selon le dossier FIVNAT de 1996, le taux de prématurité se situerait à une moyenne de 27.3%.

Une alternative à ces risques de prématurité serait de réduire le nombre d'embryons, mais ce n'est pas toujours sans conséquence psychologique chez la mère qui, espérant augmenter ses chances de concevoir, aurait tendance à préférer qu'on implante plusieurs embryons. En effet, le taux de grossesse par ponction varierait selon le nombre d'embryons transférés, de l'ordre de 9% pour 1 embryon à 30% pour 3. Le taux cumulé réel prend en compte les abandons, nombreux.

- Ainsi, 20 à 25% des couples faisant une tentative de n'importe quel rang (1^{er}, 2^e,...) ne reviendraient pas pour la suivante.

- *Au bout de 5 tentatives, 43% des couples parviendraient à avoir 1 enfant, contre seulement 45% au bout de 10 (Arnal & Humeau, 1998).*
- Ce résultat amène, ainsi, la question de continuer les tentatives à partir de 5, sachant que le taux évolue très faiblement par la suite.
- Plus de 50 % des FIV concerneraient les femmes âgées de plus de 35 ans.
- La moyenne de réussite pour concevoir un bébé à l'aide d'une FIV serait d'y parvenir au bout de la 4ème tentative, chez une femme âgée de moins de 40 ans.

Les chances de succès de la FIV seraient environ de 23% et de 11% après une insémination artificielle (chiffres Agence de biomédecine 2005)⁸.

A savoir également que les échecs peuvent survenir à n'importe quel stade de la prise en charge. Ainsi, un avortement spontané est possible, ce qui augmente le risque de détresse psychologique chez le couple, d'autant plus qu'il est tardif. Ce fait est d'importance quand on sait que cette détresse est bien souvent déjà présente de par l'infertilité et le parcours éprouvant qui consiste à se lancer dans l'AMP. Plus précoce, un avortement spontané n'aurait, semble-t-il, pas le même impact ; ce dernier pouvant soit engendrer de la déception soit de l'espoir, voire une restauration narcissique dans le simple fait d'avoir été enceinte. Cette restauration est, aussi, souvent retrouvée dans le cas de succès de certaines phases de la prise en charge, telles qu'une induction d'ovulation ou une fécondation.

En France, le nombre d'enfants nés par techniques de PMA augmente sans cesse. Dans les années 2000, on prévoyait 6000 enfant nés de ce moyen, soit environ 1% des naissances ; dont 400 par FIV classique, 1000 par ICSI et 1000 par IAD.

⁸ Les chiffres de 2008 de l'agence de biomédecine: répartition des enfants nés après AMP en 2008 selon la technique et l'origine des gamètes

-L'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) intraconjugale: 36,9 % des naissances (7 423 naissances).

-L'insémination intra-utérine intraconjugale: 26,4 % (5 308 naissances).

-La FIV hors ICSI intraconjugale représente 20,8 % des naissances (4 160 naissances).

-Le transfert d'embryons congelés (TEC) intraconjugal : 10,1 % des naissances (2 029 naissances).

-L'AMP avec spermatozoïdes de donneur : 5,2 % des naissances (1 055 naissances).

-L'AMP avec don d'ovocytes : 0,7 % des naissances (145 naissances).

-L'AMP avec accueil d'embryons : 0,1 % des naissances (16 naissances).

Sources: Agence de biomédecine

En savoir plus sur le bilan 2008 des activités d'AMP: www.agence-biomedecine.fr.

Ce parcours est souvent très éprouvant pour les couples en plus d'être fortement médicalisé. On peut le comparer à une période de crise tant physique que psychologique. Les risques de fausse-couche sont aussi élevés. Les échecs sont nombreux et il arrive que les couples pensent à l'adoption ou à s'engager dans des objectifs nouveaux. On ne peut mettre de côté l'importance des répercussions psychologiques qui peuvent alors émerger. C'est pourquoi, il paraît, dans la suite de cette présentation, capital de s'intéresser aux facteurs, aux conséquences et aux interactions psychologiques mises en cause dans l'infertilité.

5.3.7 EFFETS SECONDAIRES ET RISQUE DU TRAITEMENT EN CENTRE DE PMA

En général, le traitement est bien toléré et il y a peu de risques à suivre un traitement pour infertilité mais on trouve des effets secondaires chez certaines personnes.

Les injections et stimulations ovariennes peuvent provoquer les effets secondaires suivants :

- tensions mammaires
- sensations de ballonnement ou de pesanteur abdominale
- rétention d'eau
- fatigue
- troubles de l'humeur
- rougeurs
- hématomes superficiels (« bleus »)

Ces réactions sont généralement de courte durée et sans conséquences.

La ponction folliculaire peut entraîner des complications, notamment des douleurs abdominales. C'est rare cependant. Quelques heures après l'intervention, il peut aussi fréquemment y avoir des saignements vaginaux de faibles intensités.

La complication la plus fréquente dans le cas des traitements par FIV est le syndrome d'hyperstimulation ovarienne. Dans ce cas, les ovaires développant un trop grand nombre de

follicules, ils deviennent distendus et douloureux. Ces événements peuvent s'accompagner de sensation de gonflement du ventre, de nausées ou encore de malaises. La plupart du temps, il s'agit d'une hyperstimulation légère qui se résout rapidement à la fin du traitement et n'engendre pas de conséquences. Dans 1% des cas, néanmoins, lorsque cette hyperstimulation est sévère, elle peut représenter un risque vital risquant d'engendrer une thrombose veineuse.

Généralement, les patients sont conscients de ces risques. Certains font part de ces effets secondaires qui peuvent non seulement affecter leur vécu corporel mais aussi leur moral.

5.4 ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'INFERTILITE

5.4.1 THEORIES PSYCHOGENES

L'impossibilité à concevoir, qu'une cause biologique ait été décelée ou non, s'avère parfois transitoire. C'est souvent dans le cas d'infertilité d'origine féminine que cette question de la cause psychosomatique est discutée. Chez l'homme, est l'est nettement moins. Toutefois, point intéressant, Stoléro et al (1993) ont constaté l'intervention plausible de l'anxiété masculine dans les facteurs psychologiques impliqués dans l'issue des méthodes de PMA.

Depuis le développement de l'AMP, un nombre de plus en plus important de couples ne parvenant pas à avoir d'enfant se dirige vers une médicalisation de la conception. A savoir que la plupart des recherches ont délaissé cette question de la psychogénèse pour s'intéresser plutôt à l'évaluation de ses conséquences psychiques. Par ailleurs, les études se sont peu orientées vers les couples qui ont, finalement, accepté l'idée de ne pas avoir d'enfant, d'avoir recours à l'adoption ou tout simplement de ne pas se diriger vers l'AMP. On constate, donc, un biais méthodologique sérieux dans ces études.

Autre point important : elles sont majoritairement de nature rétrospective. Elles font suite à la connaissance de la stérilité sans discerner clairement ce qui serait la cause de la conséquence. Ainsi, on peut se demander si les troubles dépressifs, de l'estime de soi ou encore l'ambivalence des relations aux parents seraient les conséquences directes ou

indirectes de la stérilité. Actuellement, l'hypothèse d'une psychogénèse de l'infertilité n'est pas abandonnée. On essaie, principalement, de la comprendre au travers d'études de cas.

On a vu que l'infertilité et sa prise en charge pouvait être la source d'une profonde détresse. Souhaitant la naissance d'un enfant, les couples se retrouvent confronté à l'impossibilité, du moins temporaire mais sans aucune certitude de résultat, de donner la vie. Ils se retrouvent, alors, dans la nécessité de faire le deuil de cette conception naturelle voire même, si les traitements échouent, d'avoir le bébé tant attendu.

5.4.2 FAIRE LE DEUIL...

La souffrance des patients infertiles n'est, effectivement, pas sans rappeler celle des personnes qui vivent un deuil. Tout comme le deuil, l'infertilité a besoin de temps. D'ailleurs, lors de la prise en charge en PMA, il s'avère nécessaire d'aborder cette question. Il apparaît, bien souvent, une volonté de contrôle sur ce qui semble leur avoir échappé. Un acte naturel qui prend presque des allures de surnaturel dans leur discours et leurs représentations. L'équipe médicale est alors, généralement, vue comme le « sauveur tout-puissant » jusqu'à ce que la réalité les rattrape.

Il est intéressant de voir ce qui se produit lors d'un deuil, pour mieux comprendre les différentes phases que peuvent vivre les couples infertiles lorsqu'ils doivent faire le deuil de l'enfantement naturel. Réaction à la mort ou la perte d'une personne ou d'un objet, le deuil est un sentiment que l'on peut retrouver dans le cas de l'infertilité, l'enfant étant l'objet du désir. Pouvant mener à une forme de résilience, il provoque souvent un changement radical dans la vie des couples. On peut parler d'une réelle crise de vie (Menning, 1975), où le sujet peut sombrer dans des états dépressifs et anxieux, d'autant plus dans un processus de prise en charge médicale où les soignants sont témoins de cette souffrance.

Infertilité + prise en charge = épreuve individuelle + couple
--

Une réflexion active, accompagnée par un soignant, souvent un psychologue, peut s'avérer bénéfique pour « faire le deuil » de la fécondité et mieux se préparer au risque, important,

de ne pouvoir parvenir à concevoir un enfant. Les couples s'accrochent en général à un espoir, souvent irréaliste, de devenir parent. Si la possibilité de devenir parent grâce aux traitements existe, ils doivent néanmoins faire le deuil d'une conception « classique » et naturelle. C'est un deuil difficile à faire.

- Chez les hommes, on retrouve une honte et un regret de ne pouvoir donner un enfant à sa partenaire.
- Chez les femmes, on retrouve davantage l'angoisse de ne pas avoir l'enfant « idéal », vu comme « impératif » de vie.

On peut, donc, retrouver les différentes étapes du deuil exposées par Elisabeth Kübler-Ross, ci-dessous présentées au nombre de cinq :

- **Choc, déni** : survient lors de l'annonce de l'infertilité, mais est déjà présent lors des précédents mois d'essais infructueux. Les émotions semblent, alors, comme absentes avec des mécanismes de défense tels que l'isolation des affects et un discours assez factuel.
- **Colère** : la réalité de la perte est alors installée. C'est une période de questionnements, de remise en question voire de culpabilité. Cela peut s'avérer difficile pour le couple et s'accompagner de conflits.
- **Marchandage** : les individus ont alors souvent tendance à négocier, faire des chantages. On peut le retrouver dans le fait que les couples ont cet espoir irréaliste qu'ils réussiront quoiqu'il arrive à concevoir. Cela peut amener les sujets à vouloir contrôler la prise en charge, à s'opposer à certaines pratiques, ou tout du moins à s'en plaindre.
- **Dépression** : caractérisée par une certaine détresse, des remises en question, de la tristesse, c'est une phase plus ou moins longue et souvent éprouvante. Elle apparaît *plus importante lors de la troisième année de prise en charge*. De même, elle semble

plus présente chez les femmes que chez les hommes, celles-ci ayant, même en l'absence d'infertilité, plus tendance à avoir des sentiments dépressifs.

- **Acceptation** : c'est une phase de compréhension où même si la tristesse est encore présente, le sujet réorganise sa vie en fonction de la perte et envisage de nouveaux projets (adoption, projets de vie autres que d'avoir des enfants, ...).

Ces phases ne se suivent pas forcément de façon linéaire. Des régressions peuvent se produire. Certaines personnes, encore, peuvent passer certaines étapes sans que pour autant la douleur soit moindre. Tout cela dépend aussi de la façon dont la personne s'adapte, à savoir de ses stratégies de coping (ajustements). Le soutien social est aussi très important, d'où le rôle non négligeable du personnel soignant dans la gestion de ce deuil et le vécu de ces différentes phases. On voit là aussi le rôle du conjoint, de la famille et du tissu social. Il apparaît ici essentiel de laisser le temps à la personne de se reconstruire, d'entrevoir de nouveau projet tout en l'accompagnant.

5.4.3 LES TEMPS DE L'INFERTILITE

On observe, effectivement, plusieurs temps successifs dans le cas de l'infertilité et de sa prise en charge :

- Attente de la grossesse
- Investigation puis découverte de l'infertilité
- Engagement dans la procédure
- Répétition des procédures
- Succès ou échec des procédures

Tout ceci prend du temps et peut être source d'espoir, de souffrance. Il est, maintenant, intéressant, d'énoncer quelques facteurs psychologiques pouvant prédisposer à l'infertilité. Il sera ensuite question de voir quelles sont les conséquences psychologiques possibles liées à l'annonce de l'infertilité, à la prise en charge en centre de PMA et aux éventuels échecs du traitement.

5.4.4 FACTEURS PSYCHOLOGIQUES PREDISPOSANT A L'INFERTILITE

Outre des déterminants d'ordre physiologiques, plusieurs études montreraient l'influence de facteurs psychologiques qui pourraient jouer un rôle dans l'infertilité. Parmi ces derniers, on peut trouver les abus sexuels durant l'enfance, à l'âge adulte ou les violences domestiques (Plichta, 1996 ; Harrop-Griffiths et al., 1988 ; Walker et al., 1995). Laplane et al. (1995) ont mis en évidence qu'un vécu dépressif accroissait le risque.

Contrairement aux études précédentes qui étaient rétrospectives, l'étude de Stoléro et al. (1993) s'est voulue prospective, ce qui s'avère pertinent méthodologiquement parlant. Elle s'est intéressée aux représentations parentales des sujets. Il en a conclu que les femmes qui se représentaient positivement la maternité et les hommes qui intégraient leur désir d'enfant à leurs relations sexuelles étaient significativement plus fertiles que ceux qui ne le faisaient pas.

A cela s'ajoute l'étude de Vartiainen et al. (1994) qui a constaté que pouvaient aussi avoir un rôle :

- un faible score de symptômes psychosomatiques,
- peu d'événements de vie négatifs,
- une faible consommation de café (moins de 5 tasses par jour),
- le fait de ne pas avoir de traits phobiques,
- le fait de ne pas avoir eu de modification de poids,
- le fait d'avoir une pratique religieuse régulière,
- le fait d'avoir l'air plus jeune que son âge.

Par ailleurs, il a été observé qu'il n'y avait pas de relation entre stress au travail et fertilité hormis dans le cas des infertilités idiopathiques où ce stress augmenterait le risque de ne pas avoir d'enfant (Hjollund and al., 1998). Après ces résultats, il est intéressant de voir quelles sont les conséquences psychologiques liées à l'infertilité.

5.4.5 LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES DE L'INFERTILITE

Beaucoup de couples affirment que les traitements contre l'infertilité sont source de pression. Dans l'étude de Freeman and al. (1985), la moitié des femmes interrogées l'affirment jusqu'à dire qu'il s'agit de leur expérience la plus stressante, contre 15% des hommes interrogés. Ainsi, une étude a montré que les femmes infertiles auraient *quatre fois plus de symptômes dépressifs que le groupe contrôle* (Oddens, 1999). Elles se jugeaient, enfin, significativement moins attirantes, moins concentrées, plus anxieuses et pensaient avoir une moins bonne mémoire.

D'autres études mettent, aussi, en évidence que les femmes infertiles présentent des syndromes dépressifs plus intenses. Domar et al. (1992) a observé au sein d'une de ses études que le niveau de dépression des femmes infertiles était deux fois plus élevé que celui du groupe contrôle, avec un pic parmi celles qui étaient infertiles depuis deux-trois ans, pour ensuite baisser au fil des années (après six ans), cette baisse étant associée à la possibilité d'une acceptation qui protègerait contre les symptômes dépressifs.

Une étude chinoise ne montre pas la même évolution (Lok and al., 2002). Elle montre, certes, une augmentation du niveau de détresse augmentant de 33 à 43% après échec du traitement mais le niveau dépressif reste quant à lui, constant à 8%. Il pourrait s'agir soit d'un biais méthodologique lié à l'instrument ou d'une différence culturelle qui ferait que la population de la première étude s'ajusterait différemment de la population chinoise de référence. Toutefois, les études tendent, unanimement, à montrer que la sévérité de la dépression après un échec dépendrait de la durée de l'infertilité.

Pour finir sur ce point, certaines études ont souhaité comparer l'infertilité à certains problèmes de santé –véritables crises de vie elles aussi ; parmi celles-ci les maladies ou douleurs chroniques ou encore le cancer ((Bisseling, Kondalsamy-Chennakesavan, Bekkers, Janda, & Obermair, 2009; Chen, Liao, Chen, Chan, & Chen, 2011; Kraus, 1999; Petit, 1998; Sacerdoti, Lagana', & Koopman, 2010; Untas, Quintard, Koleck, Borteyrou, & Azencot, 2009; Weber et al., 2001). Ils ont, ainsi, observé que le niveau de dépression chez les femmes infertiles serait comparable à celui atteint chez les malades du cancer ou présentant une maladie cardiovasculaire. Cette intensité serait, toutefois, moins forte que chez les

personnes ayant des douleurs chroniques ou le VIH (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993). Cette comparaison est intéressante et l'est d'autant plus que l'on peut comparer les vécus sur d'autres critères. On peut, élément utile, s'intéresser aux processus qui y ont déjà été mis en évidence tout comme aux stratégies employées pour améliorer le vécu des personnes en crise, afin de l'appliquer, si nécessaire, dans le cas des couples consultant en centre de PMA. Dans la continuité du parallèle qui vient d'être fait entre cancer et infertilité, il peut être intéressant de voir quelles sont les conséquences sur le vécu, notamment corporel, de patientes ayant dû subir une reconstruction mammaire suite à un cancer ainsi que les ajustements qui y ont été employés.

5.4.6 RELATIONS RECIPROQUES ENTRE DETRESSE PSYCHOLOGIQUE ET INFERTILITE

Plusieurs chercheurs se sont intéressés au lien entre infertilité et détresse (Anderson, Sharpe, Rattray, & Irvine, 2003; Boivin, Griffiths, & Venetis, 2011; Damti, Sarid, Sheiner, Zilberstein, & Cwikel, 2008; Greil, 1997; Matthiesen, Frederiksen, Ingerslev, & Zachariae, 2011; Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin, & Demyttenaere, 2010; Wright, Allard, Lecours, & Sabourin, 1989). On a vu que les personnes infertiles pouvaient présenter des troubles dépressifs en raison du bouleversement que représente cette nouvelle, du deuil à effectuer et de l'épreuve que représente le suivi des traitements, voire des échecs répétés.

Autre remarque intéressante : il semblerait que les conséquences de l'infertilité puissent, en retour, affecter le résultat des traitements. D'où l'importance de l'accompagnement pour améliorer les chances de concevoir. Ainsi, le score de dépression serait plus conséquent parmi les individus qui ont déjà réalisé plusieurs tentatives (25%), relativement aux patients pour qui c'est la première fois (15%) et à la population générale (12%) (Thiering and al., 1993). En parallèle, parmi *les femmes pour qui c'est le premier cycle, celles qui ont des symptômes dépressifs auraient moins de chance de tomber enceinte que celles qui n'en présentent pas* (Newton and al., 1999).

Point intéressant : on observe un réel rapport de circularité avec des relations réciproques. D'un côté, on retrouve des niveaux importants de dépression chez les femmes suite aux

échecs de traitements. Inversement, en raison de l'absence d'enfant, avant les traitements, on note d'importantes prédispositions à l'anxiété, l'existence de dépressions ; tout ceci prédisant des réactions psychologiques adverses suite à de nouveaux échecs. Un cercle vicieux que retrouvent Sheiner et al dans une étude qui montre qu'il y aurait bien une relation de réciprocité entre facteurs psychologiques et infertilité. (Sheiner and al, 2002 ; 2003).

5.4.7 INFERTILITE ET STRESS

5.4.7.1 STRESS COMME FACTEUR FAVORISANT L'INFERTILITE

Une même relation cyclique a été observée en incluant la notion de stress. On a vu que celui-ci pouvait avoir un impact sur la fertilité et inversement. Etre infertile augmenterait le niveau de stress, d'autant plus que les traitements échoueraient (Henning et al, 2002 ; Pook et al, 2004). En outre, Vingerhoets (1999) a mis en évidence que des facteurs psychologiques pourraient influencer le taux de réussite des fécondations in-vitro. D'autres ont, quant à eux, observé que le niveau de stress et les stratégies de coping employées auraient un impact sur la qualité du sperme (Pook et Krause, 2005 ; Pook et al, 1999).

Le stress agirait, dans le cas de l'infertilité, de différentes façons:

- Le taux de cortisol (hormone du stress) peut retarder voire bloquer l'ovulation
- La production d'ovocytes peut être elle-même freinée
- Le nombre de rapport sexuel peut en être diminué (Germaine et al., 2011).

Il est intéressant de voir, brièvement, ce qu'est le stress et en quoi il peut jouer un rôle fondamental dans l'infertilité et sa prise en charge.

« Le stress est le résultat d'un déséquilibre entre les exigences de situations d'agression et les ressources que possède l'individu pour y faire face » (Fortin et Bigras, 2000).

« Le stress résulte d'une transaction entre la personne et l'environnement alors que la situation est évaluée par la personne comme débordant ses ressources et pouvant mettre son bien-être en danger » (Lazarus & Folkman, 1984).

A savoir que la force d'un stress ne serait pas reliée au nombre et à l'importance objective des événements négatifs mais à l'évaluation subjective qu'en fait la personne (stress perçu). L'évaluation du « coping » (capacité à faire face, du verbe anglais « to cope ») doit tenir compte de la nature et de l'impact des stressseurs tout comme du sentiment de contrôle vécu (ou « locus of control ») par la personne face aux stressseurs.

La question du sentiment de contrôle semble intéressante à prendre en considération dans le cas de l'infertilité et sa prise en charge, de même que le stress perçu. Les personnes infertiles ont souvent eu l'impression de pouvoir contrôler leur fécondité avant, finalement, d'avoir la désillusion de pouvoir faire un enfant quand ils le souhaitaient. Ceci renvoie un sentiment de perte de contrôle accentué par le fait que même si l'équipe médicale peut donner, souvent au début, une illusion de maîtriser la situation et d'être à même de détenir la solution, il n'y pas de certitude de concevoir. La question du lieu de contrôle semble intéressante, de même que celle de l'efficacité des traitements, en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle jouant, elle-même, sur le vécu.

5.4.7.2 INTERET DE LA GESTION DU STRESS DANS L'AMELIORATION DU TAUX DE FECONDITE

Notons que le stress correspondrait plus à un facteur favorisant qu'à une explication de stérilité temporaire à lui-seul. Agir sur des aspects tels que la perception du problème ou d'autres moyens de gestion du stress, en le diminuant, pourrait favoriser la fertilité et induire une amélioration des résultats aux traitements. Ceci alimenterait bien la thèse d'une possible « infertilité psychologique, liée à un effet de contexte perturbant ou de personnalité » (Bouchez). Il ne s'agit pas là de stresser le sujet infertile mais de l'accompagner efficacement pour se détendre et réagir au mieux à la pression.

5.4.7.3 LIMITE DANS LA GESTION DU STRESS

En revanche, il est important de noter qu'à vouloir diminuer le stress, le résultat inverse risque aussi d'être obtenu. Pour une femme, par exemple, l'idée qu'elle puisse adopter des comportements proactifs s'avère terriblement séduisant (méditer, prendre des compléments, faire des exercices de relaxation, ...). Cette illusion de contrôle cache en réalité un processus qui reste fondamentalement incontrôlable. En plus d'être le risque d'une norme comportementale, il accentue le risque d'auto-accusation, de dévalorisation et de se sentir responsable de l'échec des tentatives.

«Quand les femmes lisent dans la presse des articles sur les sources d'infertilité, elles ont l'impression d'avoir fait quelque chose qui les a empêchées de tomber enceinte et se sentent coupables», explique Sharon Covington, psychologue au Centre de fertilité de Shady Grove, à Washington D.C., qui rappelle à ses patientes que beaucoup de femmes ayant subi de graves traumatismes, comme l'Holocauste ou le viol, sont quand même arrivées à avoir des enfants.

Il semble difficile, de plus, de contrôler à chaque instant et à régulièrement son stress. Rien que le fait d'être confronté au cours de la prise en charge à des rapports sexuels programmés, assidus, mais aussi le coût du traitement, les espoirs déçus, l'attente de l'entourage, la comparaison sociale avec des amis qui viennent par exemple d'avoir un enfant, ... contribuent à maintenir un niveau de stress très important. C'est « vivre dans un monde entièrement fertile, dans lequel vous n'avez pas votre place. » (Jones, 2009).

5.4.7.4 PROGRAMMES DE GESTION DU STRESS PROPOSES AUX COUPLES INFERTILES

Les chercheurs, d'une manière générale, reconnaissent la difficulté à concevoir une thérapie efficace contre le stress pour aider les couples à concevoir un enfant, quand bien même un lien serait formellement établi. Il existe des cliniques de prise en charge de l'infertilité qui

proposent des programmes de gestion du stress qui consistent principalement en de la thérapie cognitivo-comportementale, à base de travail sur sa respiration ou de visualisation.

Ces accompagnements ne garantissent pas, toutefois, une amélioration des chances de conception mais ils aident les couples à vivre mieux cette épreuve, tout en évaluant les apports de ces activités sur le taux réel de conception. Les exercices de méditations peuvent pour un temps aider à diminuer l'obsession de la réussite et la pression associée, sources de souffrance. Il s'agit d'un projet difficile et très intéressant, mais essentiel quand on sait l'impact que peut avoir l'infertilité sur le bien-être et la qualité de vie (Boivin et al., 2011).

5.4.8 INFERTILITE ET DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

5.4.8.1 ATTEINTE DE L'IMAGE DE SOI

L'expérience de l'infertilité représenterait une source de détresse psychologique (Greil, 1997). L'impact de l'infertilité, voire l'échec des traitements, pourraient renvoyer à des sentiments d'infériorité, d'impuissance, de perte de contrôle, voire de culpabilité et de honte à ne pouvoir donner l'enfant tant attendu. L'idéal du soi se retrouve alors largement compromis, avec tout ce qu'il contient de représentation et de projection.

Même si la majorité des couples n'aurait pas de psychopathologie, une partie d'entre eux feraient toutefois preuve d'un réel besoin d'aide psychologique. L'infertilité serait, ainsi, corrélée, chez les femmes, à un plus fort taux de stress, une satisfaction de vie moindre, de dépression, d'anxiété (Wischmann et al., 2001 ; Oddens et al., 1999), mais aussi à une plus faible estime de soi (Rogiers, 1994). Plusieurs études ont effectivement noté un lien entre stress, anxiété, estime de soi, image de soi et infertilité (Andrews, Abbey, & Halman, 1991; Bisseling et al., 2009; Cooper, 1980; Csemiczky, Landgren, & Collins, 2000; Damti et al., 2008; Matthiesen et al., 2011; Seibel & Taymor, 1982; Wilson & Kopitzke, 2002). Quel que soit l'âge, 30% des hommes ressentiraient leur virilité comme menacée et vivraient difficilement le fait de ne pouvoir assurer leur rôle social et de transmission tel qu'ils l'auraient imaginé

(Rogiers, 1994). Ces effets sur l'estime de soi ou encore ce sentiment concernant leur virilité, amèneraient, plus globalement, à faire un lien entre le soi et l'infertilité.

5.4.8.2 IMPACT DU PROJET D'ENFANT

D'autres études ont montré un lien intéressant : celui, chez la femme, entre intention en matière de fécondité et détresse vécue face aux échecs des traitements et à la difficulté de la prise en charge en centre de PMA. White et McQuillan auraient trouvé, en 2006, qu'une plus forte intention d'avoir un enfant était associée avec un niveau de détresse plus élevé chez les femmes, mais pas chez les hommes. Les femmes pour qui avoir cet enfant serait fortement lié à leur bonheur, feraient part d'une détresse plus forte (Brothers et Maddux, 2003). D'ailleurs, les femmes investiraient davantage le fait d'avoir un enfant et seraient davantage orientées vers des traitements que les hommes (Pasch et Christensen, 2000).

5.4.8.3 PERCEPTION SOUS FORME DE CHALLENGE

On a pu remarquer que les femmes qui envisageaient l'infertilité comme un «challenge» étaient moins sujettes à cette détresse que celles qui l'envisageaient comme une «perte» (Hansell et al, 1998). La manière dont la personne appréhende un événement stressant, ses techniques de réajustement psychologique, joueraient un rôle prépondérant dans les conséquences de celui-ci. Le praticien peut, ainsi, aider les patients qui font cette demande de réajustement à anticiper leur infertilité davantage comme un « challenge » que comme une « perte ». Certains se sont employés à étudier l'apport d'interventions psychosociales, préventives et thérapeutiques. Parmi celles-ci, l'équipe de Cousineau et al. qui, en 2008, a trouvé des effets positifs et significatifs à des programmes internet d'aide aux couples infertiles.

Lors de la prise en charge, les couples se présentent avec l'objectif de concevoir un enfant par PMA. Il s'agit d'une épreuve qui se vit à deux. La façon dont le couple fera face aura un impact sur leur vécu, et notamment sur leur niveau de détresse, et en retour sur l'avenir du couple lui-même. Il est plus précisément question de cela dans la partie suivante.

5.4.9 INFERTILITE ET RELATIONS CONJUGALES

5.4.9.1 VECU DES COUPLES DANS LE TEMPS DE LA PRISE EN CHARGE

Plusieurs études se sont intéressées au vécu des couples infertiles (Goëb et al., 2006; Jaoul Besson, 2011; Mandelbaum, 2012; McCarthy & Chiu, 2011; Pacheco Palha & Lourenço, 2011; Podolska & Bidzan, 2011; Schmidt, 2006; Smorti & Smorti, 2013; Wischmann, 2010). Comme cela a pu être vu précédemment, l'infertilité et sa prise en charge représentent une véritable épreuve, non seulement sur le plan individuel mais aussi au sein du couple et de son fonctionnement. De nombreuses études s'accordent à dire que lorsque les couples ont recours à l'AMP, ils déclarent en général que la période qui a précédé la prise en charge était harmonieuse. C'est surtout à partir de la troisième année d'infertilité qu'apparaissent et culminent les difficultés conjugales, d'autant plus qu'ils font preuve de difficultés d'adaptation à la situation stressante alors vécue. A savoir que quatre tentatives de PMA sont prises en charge par la Sécurité Sociale, le *nombre de couples qui abandonnent les traitements après trois cycles pour des raisons psychologiques n'est pas négligeable*, même en cas de pronostics médicaux encourageants.

Il est intéressant de voir ce qui se passe lors de la prise en charge en centre de PMA, chronologiquement parlant (Goëb et al., 2006) :

- Très souvent, les couples espèrent fortement de leur **première tentative** bien qu'ils aient été préalablement informés des taux de succès statistiquement attendus. Lorsqu'il y a échec, le manque d'enfant est alors exacerbé et la déception très grande. La réaction est même, parfois, empreinte d'agressivité.
- **Après deux échecs répétés**, beaucoup, surtout les femmes, n'y croient plus. La douleur semble d'autant plus forte que l'amorce du processus de deuil de l'enfant biologique du couple, voire du deuil d'une maternité, ne s'est pas encore opérée. D'où la nécessité de les accompagner au mieux sur cette question.
- **Plus ils s'approchent de la quatrième tentative**, plus l'insatisfaction est grande et plus l'espoir semble diminuer quand la peur de ne pas devenir parent augmente.

Infertilité et échecs répétés accentuent les blessures narcissiques auxquelles s'ajoutent souvent des difficultés relationnelles au sein du couple. Vulnérable, le couple peut se déchirer mais il apparaît dans certains cas qu'il en ressort encore plus soudé dans l'épreuve, en synergie, voire avec de nouveaux projets en commun dans une histoire à reconstruire à deux.

5.4.9.2 VECU D'INTRUSION DE L'EQUIPE MEDICALE ET IMPACT SUR LA VIE DE COUPLE

Ce qui stresse aussi beaucoup les couples c'est le vécu d'intrusion de l'équipe médicale dans leur vie sexuelle. Les hommes décrivent souvent qu'ils se sentent impuissants, non performants, mis en cause dans leur virilité (Coëffin-Driol & Giami, 2004). Le couple déclare vivre une subordination de leur vie sexuelle à leur désir de grossesse avec perte de plaisir et de spontanéité, ce qui impacterait sur leur relation de couple.

5.4.9.3 DIFFERENCE D'EXPRESSION DU VECU EN FONCTION DU GENRE

La demande émane principalement de la femme et la plainte est toujours la même : face à un partenaire souvent silencieux, elles ont du mal à supporter ce sentiment d'abandon ce qui provoque leur colère et une accentuation de la déception. Elles ne se sentent pas comprises face à un optimisme de façade, inébranlable. Elles se sentent découragées, frustrées et cela a en retour un impact sur le couple. Il n'est pas rare de voir, en entretien, des hommes s'effaçant, sans voix, dans leur fauteuil au fur et à mesure que les femmes expriment leur douleur, ceux-ci supportant mal les larmes de ces dernières.

Or, cette souffrance masculine, qui est pourtant tangibles du point de vue du psychologue, échappe le plus souvent à leur compagne. Dans un cadre sécurisant, à la grande surprise de celles-ci, ils peuvent arriver à exprimer leur sentiment d'impuissance. Ils se sentent en général dans l'incapacité de trouver les mots qui pourraient les apaiser. Ils se sentent aussi inutiles et se plongent très souvent dans le travail ce qui accentue le cercle vicieux de

l'incompréhension ; et ce que l'origine de l'infertilité soit diagnostiquée comme féminine ou masculine.

5.4.9.4 RÔLE DE LA COMMUNICATION

Il est intéressant de noter ici une différence de communication entre hommes et femmes fréquemment observée, communication que le psychologue peut favoriser dans sa prise en charge en centre de PMA. Ce travail de communication paraît essentiel pour libérer ce qui est difficile à élaborer, verbaliser voire accepter et donc pour libérer les tensions qui peuvent influencer sur l'issue de la prise en charge mais aussi du couple lui-même.

5.4.9.5 EFFET DIRECT/INDIRECT DE L'INFERTILITE SUR LE VECU

Greil (1997), s'est intéressé aux recherches qui ont fait le lien entre genre et infertilité. On y trouve des résultats pertinents concernant les rôles sexués et l'ajustement. Effectivement, dans l'étude d'Ulbrich et al [142], on observe que la *transition à la non-parentalité paraît plus difficile pour les femmes que pour les hommes*. A ce sujet, Greil et al affirment que l'effet de l'infertilité apparaîtrait comme étant plus direct en ce qui concerne les femmes que les hommes, pour qui ça passerait davantage par la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec leurs femmes [58, 60].

5.4.9.6 NIVEAU DE GRAVITE

Selon Andrews et al, les hommes mettraient l'infertilité au même niveau que d'autres difficultés alors que pour les femmes, le niveau de gravité associé serait vécu comme supérieur. Ce qui semble intéressant d'explorer c'est pourquoi le vécu paraît plus délicat chez les femmes que chez les hommes. Une récente étude de Carmeli et Birenbaum-Carmeli explique cette différence de souffrance perçue de l'extérieur par la façon dont ils sont marginalisés au cours de la prise en charge.

5.4.9.7 ROLES ET IDENTITES SEXUES

On constate, point intéressant, que les interprétations des résultats, dans le cas des études sur l'infertilité, focalisent, en général, sur les différences de rôles en fonction du genre, les stratégies de coping et les différences dans la manière dont les traitements affectent les hommes et les femmes. Car, en effet, le fait que les rôles et identités sexuées paraissent avoir un poids plus conséquent sur le vécu de l'infertilité, plus que son origine réelle, laisse entendre que celle-ci dépendrait préférentiellement de modèles sociaux davantage que d'une simple condition physique ou de variables médicales. Etudier le vécu de l'infertilité et de sa prise en charge en fonction du genre, et plus précisément relativement aux rôles et identités sexués acquis socialement et au cours de l'éducation, paraît donc être une approche essentielle.

On a pu voir que la qualité de l'ajustement du couple était essentielle dans sa pérennité, son vécu de l'infertilité de même que pour améliorer les résultats, ou leurs retentissements sur la vie psychique, suite aux traitements. Il est important, maintenant, de voir plus en détail quelles sont les difficultés que peuvent vivre les couples infertiles en terme d'ajustement ainsi que les effets positifs d'employer des stratégies de coping.

5.4.10 LES EFFETS DES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES SUR LES RESULTATS DES TRAITEMENTS

Plusieurs études se sont intéressées aux effets des interventions psychologiques sur les résultats en termes de grossesse mais aussi de bien-être (Boivin, 2003; Burns, 2007; Hämmerli, Znoj, & Barth, 2009). Il existe plusieurs types d'interventions ayant été étudiées d'un point de vue scientifique.

5.4.10.1 THERAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE

- ❖ L'équipe de Domar a mis au point un traitement de type TCC (Thérapie Comportementale et Cognitive) dont l'objectif serait de réduire la détresse psychologique, ce qui augmenterait aussi de façon significative le taux de naissance. Au vu de la réussite de ces interventions, elle en a conclu qu'il serait important que les couples puissent effectivement en bénéficier au cours de leur prise en charge. Elle a, aussi, constaté, en 2007, que la médicalisation amène souvent une indifférence vis-à-vis des réponses émotionnelles dont les couples peuvent faire l'expérience.

Les différents impacts psychologiques qui ont pu être mis en évidence sont :

- la détresse,
 - la perte de contrôle,
 - la stigmatisation,
 - le sentiment d'interruption de la trajectoire de la vie d'adulte.
- ❖ Les techniques de management du stress et d'entraînement aux moyens d'adaptation semblent apporter de réels bénéfices dans la vie des patients infertiles. Elle a enfin montré, en 2009, que les raisons de ne plus poursuivre l'AMP seraient majoritairement le stress (39%) avec tout l'impact que l'infertilité peut avoir sur les relations de couple, puis le fait d'être trop anxieux ou dépressif pour continuer. Il semblerait, après recueil de l'avis des patients, qu'une demande d'information sur les manières de surmonter ce stress soit prégnante. De même, ils souhaiteraient pouvoir rencontrer, entre autres, un psychologue rapidement.
- ❖ Une autre technique ayant fait ses preuves est celle de Gattetly and al. (1996) travaillant sur les stratégies de coping et le développement de comportements alimentaires adaptés chez des femmes obèses infertiles. *Cela les a aidé à perdre non seulement du poids, à augmenter leur estime d'eux-mêmes, à réduire anxiété et dépression mais aussi à 80% d'entre elles de tomber enceintes.*

- ❖ En outre, il y a la technique CBT (Cognitive-behavioral therapy) étudiée par Tuschen-Caffier and al. (1999) dont l'objectif serait de réduire les pensées négatives, d'augmenter la communication au sein du couple et d'encourager à l'expression des craintes relatives à la performance et aux résultats des traitements. Un tiers du groupe a pu avoir un enfant, plus que les taux trouvés au sein d'autres études (7.2-14.3%). Néanmoins l'absence de groupe contrôle au sein de cette étude amène à relativiser ces résultats. Une diminution significative des pensées négatives et ruminantes au sujet de l'infertilité ainsi que de la détresse qui pouvait exister au sein du couple ont été observées.

- ❖ Une autre méthode qui inclue cinq sessions de 90 minutes de CBT (relaxation, visualisation guidée et gestion du stress) a aussi eu de bons résultats avec une diminution significative de la détresse émotionnelle et une augmentation du taux de grossesse (37.8% contre 13.5%) (Hosaka and al., 2002).

5.4.10.2 ENTRETIEN PSYCHOTHERAPEUTIQUE

Il y a aussi des méthodes utilisant plutôt l'entretien psychothérapeutique. On y a alors observé un taux de 60% de grossesse dans le groupe ayant bénéficié de ces entretiens contre 10% dans le groupe témoin (Sarell and DeCherney, 1985).

5.4.10.3 ACUPUNCTURE

On trouve, par ailleurs, une autre technique : l'utilisation de l'acupuncture chez des patients qui devaient avoir recours à une FIV (Domar, 1999). Cette méthode n'aurait pas induit de différence quant au taux de grossesse mais aurait permis, de façon significative, aux sujets d'être plus relaxés et plus optimistes à l'issue du traitement.

5.4.10.4 EDUCATION SUR INTERNET ET INTERVENTION EN CLINIQUE

Une intervention d'éducation des patients sur Internet, réalisée par Cousineau en 2008, a montré des résultats significativement pertinents avec une diminution du stress global et une augmentation du sentiment d'auto-efficacité. En plus de ces résultats, l'intervention en clinique a montré une diminution des préoccupations sexuelles, de la détresse du fait de ne pas avoir d'enfant et une augmentation du sentiment de clarté de choix.

Un point sur la littérature a été réalisé en ce qui concerne l'infertilité et le projet d'enfant. Sachant que l'objectif de cette étude est aussi de comprendre le vécu, également corporel, facteur clé dans le bien-être, il est utile de faire le point sur quelques concepts clés pour ce qui est du vécu corporel et sa place dans le projet d'enfant ainsi que l'infertilité.

6 LA PLACE DU CORPS DANS LE PROJET D'ENFANT

6.1 VECU CORPOREL : DEFINITIONS ET GENERALITES

Les femmes ont plus tendance à s'engager dans des restrictions alimentaires ou à les envisager, à avoir fait des régimes dans les six derniers mois, à participer à des programmes de perte de poids ou à montrer une plus grande dysmorphophobie (Brodie, Slade, & Riley, 1991 ; Jeffrey, Adlis, & Forster, 1991 ; Klesges, Mizes, & Klesges, 1987 ; Rozin & Fallon, 1988). Elles montreraient plus d'insatisfaction vis-à-vis de certaines zones de leur corps telles que le ventre, la taille, les hanches et les jambes (Lee, Leung, Lee & Yu, 1996).

Même si les hommes semblent percevoir plus positivement leur corps, les recherches montrent que certains hommes font des régimes, sont préoccupés par leur apparence physique et aimeraient avoir un corps différent (Brodie et al., 1991 ; Herzog, Newman & Warshaw, 1991 ; Rozin & Fallon, 1988).

6.1.1 IMAGE DU CORPS

Reconnue dès la fin du XIX^{ème} siècle, l'image du corps est constituée par l'emboîtement de trois niveaux :

- **Le « modèle postural »** (Bonnier, 1893) ou connaissance en grande partie inconsciente de la position de notre corps dans l'espace et de la situation relative de chacune de ses parties. Il a été mis au point à partir de travaux sur le vertige, sur un échantillon de personnes qui travaillaient sur des toitures. Il a observé que chaque personne saine et sans vertige ne pouvait fonctionner qu'avec un modèle postural.
- **Le « schéma corporel »** (Schilder, 1935) ou synthèse permanente et constante de toutes les sensations corporelles (cénesthésie) unifiant la sensation du corps, comme étant « un » et étant « moi ». Ce corps de sensibilité a fait admettre et comprendre les douleurs des amputés.
- **« L'image du corps »** : elle comprend les deux précédentes emboîtées comme des poupées russes dans la représentation imaginaire de notre corps dans notre esprit. Elle est beaucoup plus consciente et sociale et, par conséquent, varie selon les différentes modes séculaires du corps. Cette notion, « englobante », apparaît dès 1945.

L'image du corps est un phénomène complexe qui est de nature multidimensionnelle et peut engendrer des troubles d'ordre perceptifs, affectifs, cognitifs et/ou comportementaux.

"L'image du corps serait l'ensemble des perceptions, et des représentations qui nous servent à évoquer notre corps, l'évaluer, non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques (poids, taille, couleur, forme) mais aussi comme sujet ou partie de nous-même, chargée d'affects multiples et parfois contradictoires." (Bruchon-Schweitzer, 1990)

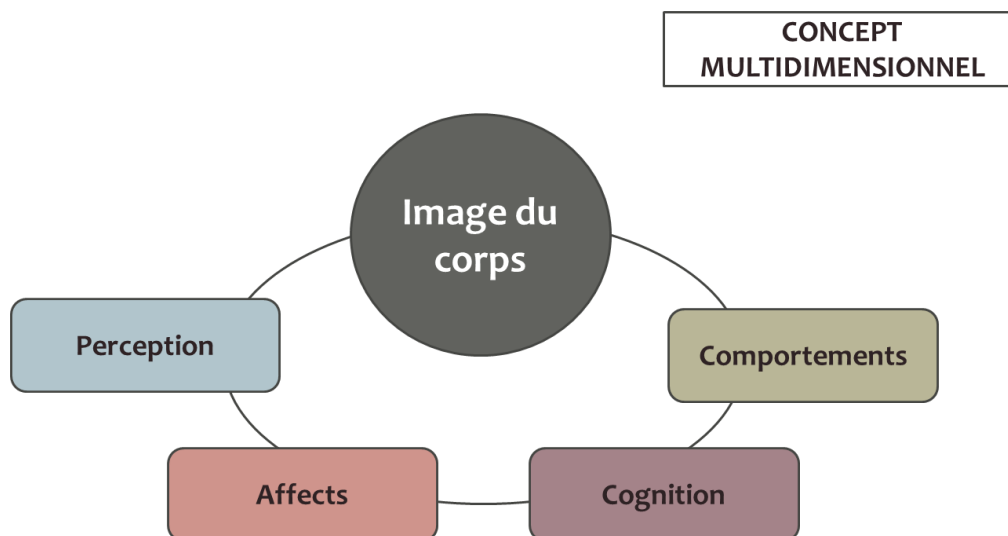


FIGURE 8 : NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE L'IMAGE DU CORPS

« Nous appellerons image du corps la configuration globale que forme l'ensemble des représentations, perceptions, sentiments, attitudes, que l'individu a élaboré vis-à-vis de son corps au cours de son existence et ceci à travers diverses expériences. Ce corps perçu est fréquemment référé à des normes (de beauté, de rôle, ...) et l'image du corps est le plus souvent une représentation évaluative. L'ensemble de travaux psychologiques, montre bien que l'acquisition progressive d'une image de son propre corps s'étaye sur des acquisitions multiples, non seulement visuelles et kinesthésiques, mais aussi cognitives, affectives et sociales. La synthèse finale du développement de l'image du corps consiste à percevoir son corps comme unique, différent des autres, et comme « sien », ce qui correspond aussi à l'appréhension de soi comme « objet » et « sujet ». » (Bruchon-Schweitzer, 1990)

Acquise progressivement tout au long de la vie, l'image du corps est une représentation évaluative envisagée comme une somme d'acquisitions « visuelles, kinesthésiques, cognitives, affectives et sociale ». Permettant de se concevoir à la fois en tant que sujet et objet, elle serait toujours construite par rapport aux images du corps des autres, dans un processus de socialisation continue. Elle mettrait en jeu le corps, la personnalité et le monde extérieur, et n'existerait que si elle n'est pas isolée. Elle porte une dimension sociale.

6.1.2 L'IMAGE SPECULAIRE

L'image spéculaire correspond à la **vision qu'a un sujet dans le miroir**. Lacan a joué un rôle majeur dans la compréhension du stade du miroir, moment constitutif de l'**identité**. Des psychologues tels que Wallon, Gesel, Balwin et Zazzo (Zazzo, 1948) ont aussi étudié l'importance de l'image spéculaire pour l'enfant. Elle correspond à une prise de conscience de soi par « désidentification » de la mère et met fin au fantasme originnaire du corps morcelé. L'image du corps se trouve dans l'œil de celui qui regarde. On s'identifie à son reflet, à une image de soi qui n'est pas soi.

6.1.3 PROCESSUS EN JEU DANS LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DE SOI

Dès qu'il y a réaction émotionnelle, la distance sociale diminue sachant que la relation établie avec d'autres images du corps dépend du « facteur de distance » spatial et affectif. Il y a échange mutuel selon un double processus : projection et appropriation. Ces derniers sont constamment utilisés par les médias au travers de leurs modèles. Les individus ont ainsi tendance à se comparer à des personnes, réelles ou imaginaires, qu'ils admirent. M. Bruchon-Schweitzer parle d'un « *attrait global perçu qui intégrerait divers détails (forme du corps, attrait physique, sexe, âge, expressions, gestes, vêtements, ...) pour évoquer comment l'apparence d'autrui est perçue.* » (Bruchon-Schweitzer, 1990). L'attrait physique serait l'une des caractéristiques fondamentales permettant d'une part de décrire les individus mais aussi de qualifier les perceptions et les comportements effectifs dont ils sont l'objet, puis les images qu'ils élaborent d'eux-mêmes.

6.1.4 PREFERENCES CORPORELLES EN FONCTION DU GENRE

Les études ont montré une préférence pour un corps masculin « mésomorphe » (musclé) (Brodsky, 1954) et pour un corps féminin « ectomorphe modéré » (mince sans être maigre). Selon l'étude de Tucker (1984), 95% des garçons considéreraient le corps mésomorphe (extrême ou modéré) comme l'idéal. Enfin, d'après l'étude de Davis (1985), les filles verraient l'idéal dans un corps ectomorphe (extrême ou modéré) (résultat retrouvé dans

l'étude de Parnot et al, 2006 ; cf. Figure 9). La minceur chez les filles et l'apparence musclée chez les garçons semblent plus appréciées, ceci depuis plusieurs décennies et tendraient même à être idéalisées sous une forme, de nos jours, parfois plus extrême.

Une étude réalisée sur des étudiants masculins (Jouard et Secord, 1954) a montré que « la satisfaction corporelle relative à chaque zone serait d'autant plus forte que cette région est musculairement développée et longiligne ». Réalisée sur des étudiantes (Jouard et Secord, 1955), cette étude a montré que « cette satisfaction serait d'autant plus importante que les zones corporelles sont fines et menues », mise à part la poitrine.

6.1.5 DESIRS DE MINCEUR

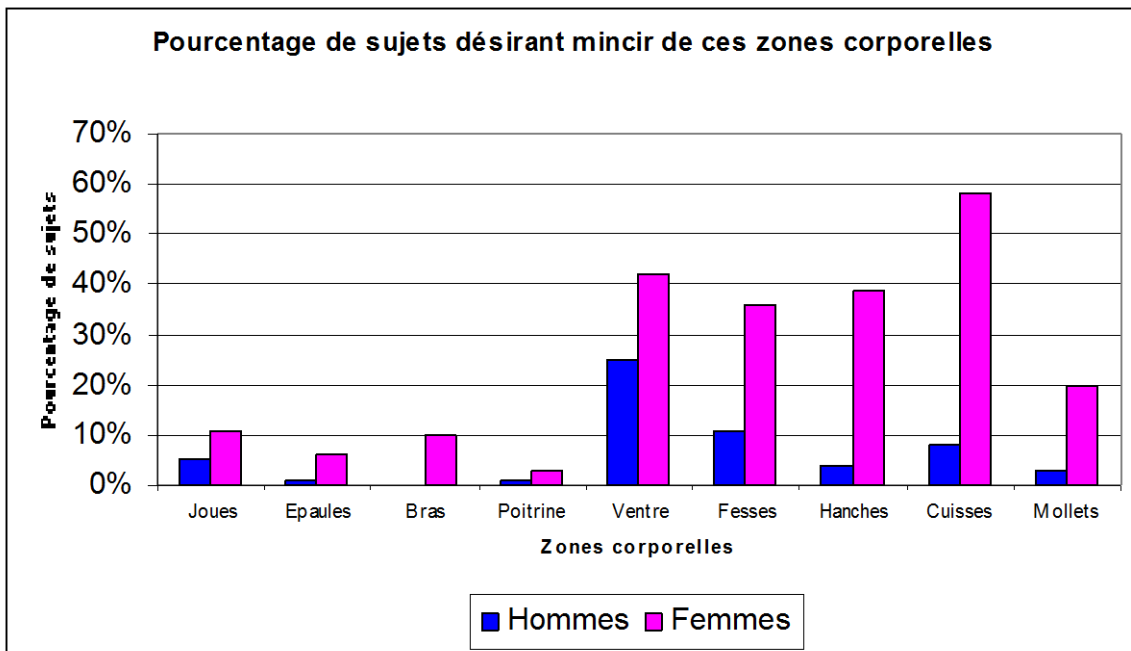


FIGURE 9 : POURCENTAGE DE SUJETS DESIRANT MINCIR DES DIFFERENTES ZONES CORPORELLES

Chez les ♀, désir de minceur de la **zone méditerranéenne** prépondérante

D'après les résultats de l'étude réalisée au moyen du QVC (Parnot et al., 2006).

6.1.6 ECART ENTRE L'IMAGE IDEALE, REELLE ET PERÇUE

Jugeant leur corps selon leurs différences avec le corps « idéal », la satisfaction corporelle dépendrait de la distance entre réalité et idéalité. Lié au « rapport entre l'image du corps

perçue et la forme réelle/idéale du corps », la satisfaction corporelle est purement subjective et est déterminée par cette image perçue plus que par la réalité. Il est très délicat pour l'individu de se juger objectivement ou de juger le corps des autres. Plus cette distance entre la forme perçue et la forme idéale serait grande, plus l'insatisfaction augmenterait, quel que soit le sexe (Lionel et Michel, 2010).

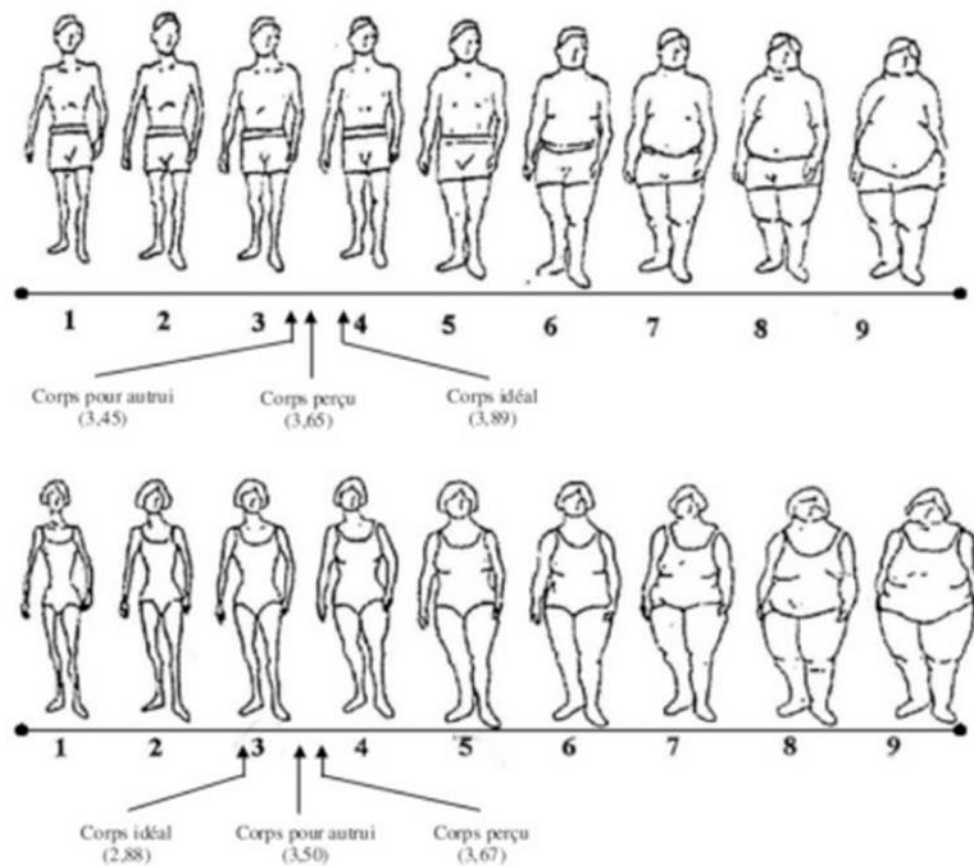


FIGURE 10 : OUTIL PERMETTANT DE MESURER LA DIFFERENCE ENTRE ECART REEL, IDEAL ET PERÇU DE SON APPARENCE CORPORELLE

6.1.7 LA DYSMORPHOPHOBIE

Le double regard interactif que le sujet porte sur son corps et sur son environnement peut amener à déclencher des situations pathologiques telles que la dysmorphophobie. Cette dernière étant la « préoccupation exagérée et même [la] crainte obsédante d'être difforme ou d'avoir un aspect disgracieux de la totalité ou d'une partie de son corps. ». Notamment

lorsqu'un regard tiers, omniprésent, tel que les médias, s'invite et conduit les individus vers une assimilation relativement passive d'images modifiées, stéréotypées et qui renvoient l'image comparativement imparfaite de leur propre corps.

D'autre part, Berscheid (1973) a montré que « l'attrait physique auto-évalué [...] représente le dernier des déterminants de la satisfaction corporelle ». Les sujets qui étaient *les plus satisfaits étaient ceux qui se trouvaient les plus attrayants*, que ce soit proche de la réalité ou non. Jouant également sur l'estime de soi, ce sentiment subjectif de beauté influe sur l'équilibre affectif. *Plus le sujet s'évaluerait négativement, plus il ferait preuve de préoccupations marquées, d'auto-dépréciation* (Edward, 1975). D'où également une relation entre insatisfaction corporelle et anxiété, qui est également représentée au sein de l'échelle de Cattell où la satisfaction corporelle globale varie inversement à l'anxiété.

6.1.8 INSATISFACTION CORPORELLE

L'insatisfaction corporelle apparaît lorsqu'une femme devient mécontente de son apparence, souvent de son poids mais pas uniquement. Ceci encouragerait davantage les adolescentes à posséder cette minceur irréaliste et ce corps idéal, mais aux prix d'efforts dangereux pour la santé physique et psychologique. Selon Thompson et al (1999), l'insatisfaction corporelle est un « *report persistant d'insatisfaction, de préoccupation et de détresse relativement à un aspect de l'apparence et, d'un certain degré de dépréciation dans les relations sociales, les activités sociales ou les modes de fonctionnement* ».

Aussi, une pauvre image du corps serait un fort déterminant de TCA (Troubles du Comportement Alimentaire) (Keel, Fulkerson, & Leon, 1997). Une des sources majeures d'insatisfaction corporelle étant les contraintes sociales qui amènent à adhérer à un idéal de beauté irréaliste et relativement inatteignable (Ackard, 2001). Ces standards seraient déjà présents chez les enfants et les adolescents (Ricciardelli & McCabe, 2001) et ce, quel que soit le sexe (Mishkind, Rodin, Silberstein, & Striegel-Moore, 1986)

Les recherches ont mis en évidence un nombre significatif d'individus insatisfaits de leur apparence corporelle, aussi bien les hommes que les femmes et ce, à tout âge (McCabe,

2000). Des différences, liées au genre, s'appliqueraient à tous les groupes d'âges (Paxton, Schutz, Wertheim, & Muir, 1999) mais sembleraient émerger davantage entre 13 et 15 ans. Elles seraient plus fortes à l'adolescence qu'à l'âge adulte. *Les femmes seraient moins satisfaites de leur corps que les hommes et montreraient une plus grande variabilité de leur niveau d'insatisfaction corporelle à l'âge adulte* (Feingold & Mazzella, 1998). Elles échoueraient à se rapprocher de l'idéal fortement véhiculé par notre société (Gillett & White, 1992) ce qui serait une des causes de leur insatisfaction corporelle. Le problème tend à voir le jour chez les hommes qui souhaiteraient se rapprocher de l'idéal mésomorphique prôné de plus en plus par les magazines masculins.

L'IMC ou Indice de masse corporelle (rapport de la taille en centimètres, au carré, sur le poids en kilos grammes) jouerait un rôle capital surtout chez les femmes. En effet, *plus celui-ci est élevé plus elles semblent insatisfaites de leur corps* (Muth & Cash, 1997). En revanche, l'étude de Harmatz (1985) montre que les femmes en sous poids auraient une très négative image de leur corps et ce, plus que les femmes en surpoids (Harmatz, Gronendyke, & Thomas, 1985). Si le surpoids est aussi associé à l'insatisfaction corporelle chez les femmes, d'après Tiggemann (1994) cela ne semble pas l'être chez l'homme (Tiggemann, 1994). Pourtant, selon Muth & Cash (1997), les hommes auraient une relation de type curviligne entre leur poids et leur satisfaction corporelle. Ceux qui étaient les plus insatisfaits avaient les IMC les plus élevés et les plus faibles (Muth & Cash, 1997). Quant à l'étude de Pingitore (1997), elle montre que, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, *plus l'IMC augmente, plus les sujets expérimenteraient des niveaux d'insatisfaction corporelle plus importants* (Pingitore, Spring, & Garfield, 1997).

Les jeunes femmes attacheraient une plus grande importance à l'attirance de leur corps que les garçons (Oberg & Tornstam, 1999). *Ces derniers seraient plus satisfaits de leur corps que les filles et se considèreraient plus attirants.* Cette différence liée au sexe serait plus faible à l'âge adulte qu'à l'adolescence (Feingold & Mazzella, 1998). Elles s'engageraient dans des comportements plus directement dirigés vers l'apparence (Jackson, Sullivan, & Rostker, 1988). Sachant qu'aujourd'hui, les top-modèles pèsent 23% moins que la moyenne des femmes et une femme âgée de 18 à 34 ans a 1% de « chance » de devenir aussi mince qu'un

top-modèle. La prévalence des publicités et les modèles extrêmement maigres véhiculés dans celles-ci induirait, entre autres, le fait que les femmes sont insatisfaites de leur corps.

D'après l'étude de Hill et Bhatti (1995), à l'âge de 9-10 ans, plus d'une fille sur deux aimerait déjà être plus mince pour 28% des garçons. La puberté jouerait un rôle important dans l'apparition des TCA et pourrait être considérée comme un facteur de risque. Elle apparaîtrait vers 12 ans chez la fille, 14 ans chez le garçon. Elle marque le passage de l'enfance à l'adolescence, l'apparition des caractères sexuels secondaires et l'accès aux fonctions de reproduction. Les adolescents peuvent vivre un malaise voire être amenés à un refus pathologique des transformations que subit leur schéma corporel lors et suite à la puberté. Ceci toucherait aussi bien les filles que les garçons.

En outre, les hommes indiqueraient, en moyenne, que leur corps idéal est 13kg plus musclé que le leur. Les hommes qui montreraient la plus grande tendance à augmenter leur musculature auraient les niveaux d'insatisfaction corporelle les plus forts (Pope et al., 2000). Les adolescents de sexe masculin porteraient plus d'attention à la taille de leurs muscles quand les hommes s'intéresseraient davantage à perdre du poids et à leur tonicité musculaire.

6.1.9 LE SYNDROME TWIGGY OU LE CULTE DE LA MINCEUR

Etre mince, c'est être à la mode. La Haute-Couture a bien véhiculé cette croyance, utilisant des mannequins ultraminces à la maigreur quasi pathologique. On parle même, pour ce fantasme collectif, d'un courant correspondant à ce que l'on a appelé le « syndrome de Twiggy » (Lamb, Jackson, Cassiday, & Priest, 1993). Par réaction, se sont développées, chez les femmes, des préoccupations très importantes envers leur poids et leur silhouette. En voguant sur ce courant, toute une industrie de régimes et de techniques diverses d'amaigrissement s'est installée, alimentant d'autant plus le problème et en prônant, bien souvent, de dangereuses solutions « miracles ».

Les sacrifices les plus rigoureux sont réalisés pour garder ou retrouver la ligne svelte que l'on voit partout dans les médias, ce fameux standard-type « jeune, mince et belle » qui, même si

un contre-courant, valorisant les rondeurs, voit depuis peu le jour, ne cesse pas de faire des ravages. Dans une abondance d'image, peu diversifiées, les médias exposent une image de la femme à la fois jeune, mince, à la plastique parfaite, souvent retouchée, souvent irréaliste. Cet idéal de beauté féminine, mais également masculine, s'impose malgré des tentatives d'éloge de la femme ronde de plus en plus présentes (campagnes publicitaires « Dove » par exemple).

Cependant, au-delà d'une recherche purement esthétique, la société y trouve un intérêt économique. Elle assure la croissance du marché de la minceur (crèmes amincissantes, fitness, produits de régime, ...) en mettant la femme, inquiète de son apparence, face à cet idéal difficile à atteindre et à maintenir. Sous ce flot de messages médiatiques, le corps apparaît comme un objet imparfait dont il faut constamment prendre soin et pour lequel il faut incessamment investir. Perçu par nombre de filles comme un moyen d'améliorer l'estime de soi, maigrir est ainsi tellement idéalisé que même en ayant un indice de masse corporel normal voire inférieur au seuil de normalité pondéral, les femmes entreprennent régimes draconiens et séances de sport quotidiennes. Ce phénomène apparaît également chez des filles assez jeunes.

Souvent remplis de photographies retouchées et d'articles vantant cette minceur excessive, de même que les diverses méthodes à employer, les magazines féminins semblent influencer massivement leurs lecteurs. La quasi-omniprésence de ces corps sculptés à la perfection, minces et fermes, s'explique notamment par le pouvoir des annonceurs (compagnies de cosmétiques, ...) qui se doivent de faire du bénéfice. Ainsi, quand *New Woman* a fait une couverture avec une femme ronde, ils ont rapidement été découragés à continuer. Malgré les nombreuses félicitations des lectrices à montrer cette réalité, la réaction très négative des annonceurs qui n'y voyaient guère leur intérêt les a poussés à rebrousser chemin. Allant en s'accroissant, ce pouvoir de la minceur va de pair avec la diminution continue et excessive du poids des mannequins qui y figurent. Il y a 30 ans, le poids des mannequins aurait été de 8% inférieur à celui de la femme moyenne, il serait de 20% inférieur aujourd'hui. Cette recherche excessive de minceur amène souvent à des risques de développer des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA). Faisons ensemble

un point sur ces troubles sachant que des questions les évaluant ont été incluses dans le questionnaire employé au cours de notre étude.

6.1.10 TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

6.1.10.1 ANOREXIE ET BOULIMIE

Fréquentes chez l'adolescente, ces pathologies sont encore assez mal connues en raison notamment, des données épidémiologiques qui sont faussées par le déni des adolescentes et de leur entourage vis-à-vis de leurs troubles.

La fréquence de l'anorexie serait estimée entre 1 et 4%, celle de la boulimie entre 1 et 3%, et celle des désordres anorexiques et boulimiques « incomplets » d'environ 20% des adolescentes. Mais peu sont diagnostiqués et encore très peu sont traités car l'entourage, les professionnels de la santé et les sujets atteints ont tendance à nier l'existence de ces troubles chez ces derniers (Chabrol, 2010).

Leur opposition n'étant qu'une apparence, l'anorexie et la boulimie sont des pathologies qui se chevauchent, se succèdent, se ressemblent beaucoup, amènent de fortes souffrances et peuvent évoluer gravement vers une chronicisation ou des conduites à risques. Ce sont des pathologies très proches, caractérisées respectivement par « la peur obsédante de perdre le contrôle du comportement alimentaire et la hantise de l'apparence corporelle ».

Les TCA semblent fréquemment associés aux troubles de la personnalité, dépressifs et anxieux. On signale, dans l'anorexie, « des traits de personnalité obsessionnels, hystériques, narcissiques, limites ou schizoïdes » et dans la boulimie, « des traits de personnalité limites ou hystériques ». Des conduites à risques telles qu'une dépendance à l'alcool, ou à d'autres substances psychoactives telles que le cannabis sont fréquentes chez les boulimiques et les anorexiques boulimiques. De manière générale, les tentatives de suicides et les conduites d'automutilation sont aussi très fréquentes chez les sujets atteints de TCA.

L'évolution des TCA semble délicate et dépendre de divers facteurs, tels que l'importance de la perte de poids ou encore la durée et la qualité du traitement. Même lorsque le sujet retrouve un poids de base, de nombreuses caractéristiques des TCA semblent subsister comme les troubles dépressifs, de l'estime de soi, de l'image du corps, de l'alimentation, ... Les rechutes sont fréquentes, de même que la chronicisation. Dans 5 à 10% des cas, un décès par suicide ou « complications somatiques » peut survenir. Même lors de rémissions, des séquelles psychologiques persistent souvent. Le traitement employé peut associer diverses thérapies notamment la « thérapie familiale systémique comportementale » et la « thérapie individuelle psychodynamique », mais aussi des interventions nutritionnelles ou les thérapies comportementales et cognitives (Chabrol, 2010).

6.1.10.1.1 ANOREXIE MENTALE

Conduite de restriction alimentaire, où le sujet lutte activement contre la faim, elle touche principalement les adolescentes âgées de 12 à 20 ans, débute le plus fréquemment entre 14 et 17 ans à la suite, souvent, d'un régime apparemment banal et est en voie d'augmentation dans les pays occidentaux. Celle-ci touche particulièrement certaines populations où l'esthétique prend une dimension fondamentale: danseurs, mannequins,... Caractérisée par une morbidité importante (5 à 9% de décès), le sexe ratio de cette pathologie est d'1 homme pour 9 femmes.

Marquée par une phase d'amaigrissement très importante où le poids des sujets peut être « inférieur à 85% de leur poids normal, attendu en fonction de l'âge et de la taille », les signes cliniques principaux de l'anorexie mentale sont :

- la survenue d'une aménorrhée (absence de menstruation),
- un amaigrissement important,
- un refus de manger.

On y trouve également :

- une conduite active de restriction alimentaire,
- des troubles de l'image du corps (dysmorphophobie notamment),
- une attitude de déni à l'égard de leurs troubles (anosognosie) et de leur minceur (continuent à se croire trop grosses),
- blocage de l'affectivité,
- un surinvestissement moteur et intellectuel.
- des signes somatiques d'accompagnement tels que des signes de dénutrition ou des troubles cardio-circulatoires peuvent apparaître.

Pouvant s'exprimer sous différentes formes, elles s'accompagnent souvent d'épisodes boulimiques (50% des anorexiques font au moins un épisode boulimique) ; cette forme étant caractérisée par un pronostic moins bon qu'en forme isolée.

Il existe aussi une forme réactionnelle qui survient après un traumatisme actuel (conflit, deuil, échec, ...), souvent ressenti comme un équivalent dépressif mais qui ne présente pas de dénégation des troubles ni des conduites de dissimulation. Son pronostic est généralement favorable. On peut trouver une forme pré pubertaire, entre 9 et 12 ans, qui s'avère être sévère avec des risques de complications tels qu'un « retard staturo-pondéral irréversible ».

A l'inverse, on trouve l'anorexie mentale de l'adulte. Cette forme tardive survient au-delà de 25 ans avec, souvent, un épisode mineur à l'adolescence plus ou moins perçu et évolue fréquemment vers une chronicisation.

Enfin, la forme masculine de l'anorexie mentale, rare, commence souvent avant la puberté. L'isolement social est en général assez marqué.

Plusieurs facteurs, encore mal connus, sembleraient favoriser cette pathologie tels que :

- des troubles de l'estime de soi,
- le dégoût des formes féminines,
- les conflits liés aux développements (physiques et psychologiques),

- le plaisir de ressentir la faim et de prendre le pouvoir sur elle,
- les feedback environnementaux (parents, pairs, ...),
- l'importance de l'insatisfaction corporelle.

Certains sujets reconnaissent leur minceur mais souhaitent, malgré tout, encore maigrir de certaines parties de leur corps qu'ils jugent disgracieuses comme, surtout, leur ventre, leurs fesses et leurs cuisses. Toutefois, la plupart des sujets dénie totalement leur maigreur et leurs comportements extrêmes pour perdre du poids (régimes, exercices sportifs excessifs, vomissements induits par les sujets eux-mêmes, usage de diurétiques, coupe-faim et/ou de laxatifs), cachant ce qui pourrait les révéler sous des couches de vêtements ou des mensonges. Ces comportements s'accompagnent d'une forte culpabilité, et entrent souvent dans un cercle vicieux de restriction-compulsion. « Près de la moitié des anorexiques développerait des conduites boulimiques » (anorexiques boulimiques, opposées aux anorexiques restrictives). 25% des anorexiques restrictives se feraient vomir.

Elles se montrent fières de leur toute-puissance sur leur faim, leur corps, leurs pulsions et leurs besoins. Un des risques c'est que plus l'amaigrissement s'accroît, plus les phobies liées à leur apparence corporelle et à leur obsession de perdre le contrôle s'accroissent. Se développe alors une profonde hantise de la graisse, ce qui conduit le sujet à persister davantage dans ses conduites extrêmes de restriction alimentaire et de contrôle corporel. L'insatisfaction corporelle va en s'aggravant, certaines dénie totalement leur corps, elles éprouvent de terribles angoisses de « déformation monstrueuses de leur corps » et les troubles somatiques et biologiques sont de plus en plus pesants. L'anorexique s'enferme au sein de son propre piège.

6.1.10.1.2 BOULIMIE

Débutant souvent entre 15 et 18 ans, la boulimie est caractérisée par des crises hyperphagiques où le sujet ingurgite, rapidement, d'importantes quantités d'aliments sans réelle faim, dans un profond malaise, sentiment de culpabilité et dégoût de soi. Puis le sujet

entreprend des activités compensatrices. Une partie des boulimiques utilisent les vomissements « provoqués » pour soulager leur corps et compenser ces pertes de contrôle. Elles emploient notamment d'autres techniques : prise de diurétiques, de laxatifs, exercices sportifs, jeûnes plus ou moins prolongés pour compenser les crises et leurs conséquences pondérales.

Souvent déclenchée par un régime trop restrictif bien que volontaire, le sujet qui s'est trop privé ne contrôle plus les fringales irrépessibles que cette privation a engendrées. Même si, au début, le sujet peut ressentir un plaisir dans ces conduites, survient généralement un sentiment extrême de honte ce qui les amène à percevoir négativement ce phénomène. Certaines, pensent avoir trouvé la méthode pour satisfaire leurs envies sans prendre du poids. Toutefois, toutes les boulimiques ne sont pas minces ou de poids apparemment normal.

Parmi certaines boulimiques, d'abord ressentis comme une libération et une toute-puissance, plus ou moins rapidement, les vomissements s'imposent d'eux-mêmes et sont alors vécus comme une contrainte. Plus la maladie avance, plus l'image du corps se détériore, plus les conséquences physiques s'aggravent, et plus un sentiment de vide intense s'empare des sujets qui semblent se perdre au sein de cette lourde souffrance.

6.1.10.2 TCA SUBCLINIQUES

Nombre d'individus, sans répondre aux principaux critères de la boulimie ou de l'anorexie, présentent de réels troubles des conduites alimentaires. Ils ont également une pauvre image de leur corps. Les TCA subcliniques concernent une importante part de la population et sont encore assez mal connus. Ils peuvent connaître diverses évolutions, telles que la rémission, la chronicisation ou le passage vers un trouble du comportement alimentaire « complet ». Les thérapies semblent avoir plus d'effet sur ce type de trouble.

6.1.10.3 DETERMINANTS DES TCA

S'influençant réciproquement, de multiples facteurs semblent déclencher, maintenir et aggraver les TCA. Parmi eux, on peut trouver des facteurs psychologiques tels que le perfectionnisme, l'insatisfaction corporelle, certains traits de personnalité et des troubles de l'estime de soi. Il y a aussi des facteurs biologiques qui « jouent surtout un rôle de facteurs aggravants ». Ainsi, la dénutrition a des conséquences psychologiques graves telles que la rigidité des modes de pensée, une stéréotypie des réactions, ou encore la survenue de fringales qui inscrivent les individus dans « cet état [qui] trouve en lui-même sa source de continuité » (Bruch, 1983).

Certains facteurs familiaux peuvent aussi être à l'origine de ces troubles. La personnalité des parents et leurs possibles troubles psychiatriques, de même que les relations qu'ils entretiennent ensemble se révéleraient être un déterminant. Sans toutefois être certain de leur existence avant la maladie et les conflits majeurs qu'elle engendre, ces troubles peuvent symboliser la volonté du sujet d'échapper à l'emprise parentale qui pèse sur ses propres désirs, en refusant de devenir l'idéal renvoyé par les parents.

Interviennent aussi des facteurs socioculturels. En effet, exposés depuis leur enfance aux normes de minceur véhiculée par les media, les individus subissent la pression excessive de l'idéal, notamment corporel.

6.2 IMAGE DU CORPS ET INFERTILITE

Précédemment, il a été vu que l'infertilité s'apparentait à une crise profonde, où les femmes vivaient cette épreuve comme un affront direct à leur identité alors que les hommes le vivaient indirectement au travers des effets sur leur partenaire (Greil, 1991). Le fait que les hommes se sentiraient menacés vis-à-vis de leur virilité et qu'ils aient aussi ce sentiment d'infériorité fait, clairement, écho à cette question de l'identité. Grâce aux entretiens avec les patients, aux observations cliniques et la revue de la littérature, s'est posée la question d'un lien possible entre infertilité et image de soi et, plus précisément, la perception de son

apparence corporelle ou de celle de son partenaire. Perception de son propre corps qui peut se trouver d'autant plus perturbée que le corps subit des actes médicaux dans le cadre des traitements d'AMP. Par exemple, chez la femme, il est souvent rapporté que les stimulations ovariennes sont éprouvantes et désagréables à vivre. On peut se poser là la question de la place du corps dans la médicalisation à outrance dont celui-ci peut faire l'objet. Comment le couple infertile se représenterait-il son corps lors de cette épreuve?

Ce lien entre corps et infertilité est à poser dans l'impact de l'un sur l'autre et réciproquement. Les études se sont penchées sur l'influence du surpoids sur la fécondité, surtout chez la femme. Le surpoids chez elle serait fréquemment associé à des troubles du cycle menstruel, une dysovulation (Pasquali, 2007), un taux de grossesse inférieur ou encore un risque accru de fausses couches (Maheshwari, 2007), risques également rencontrés dans les cas de troubles du comportement alimentaire où l'indice de masse corporel aurait un réel impact. Chez l'homme, ces études seraient plus rares, plus récentes et mériteraient d'être renouvelées.

Ainsi, comprendre ce qui, d'un point de vue psychologique, entre en jeu dans la problématique infertile des patients aiderait à mettre au point, de la même manière, des outils d'accompagnement destinés aux couples infertiles. L'objectif de cette étude est donc d'explorer les thématiques de l'image du corps et du projet d'enfant, ainsi que leurs liens entre elles chez les patients et leurs relations avec le problème de l'infertilité.

Ecouter des patients qui se représentent souvent leur corps comme « défaillant », « vide » ou « manquant », voire en manque de sens, de ne pouvoir concevoir naturellement un enfant a amené à se poser la question de son pouvoir et de son vécu. Ce vécu semble d'autant plus important et impliqué dans la problématique infertile que leur corps est, au cours des traitements, régulièrement soumis à des actes médicaux souvent vécus comme intrusifs ou du moins, éprouvants. Il est à noter que la prise de poids due au traitement hormonal puisse être en cause, entre autres, dans la diminution du désir sexuel féminin ; la partenaire se sentant moins attirante. Il peut probablement y avoir des effets sur l'efficacité de la prise en charge et sur le vécu du couple (Bianchi-Demicheli, Medico, Lucas, & Chardonens, 2003). Chez l'homme, c'est aussi la virilité qui est souvent vécue comme

« défailante ». Le corps a, alors, toute son importance et l'accompagnement du patient sur le plan physique mais aussi de sa représentation me semble être un point d'ancrage. De par la nature multidimensionnelle de l'infertilité il n'est certes pas le seul, mais est du moins souvent présent dans le discours des couples.

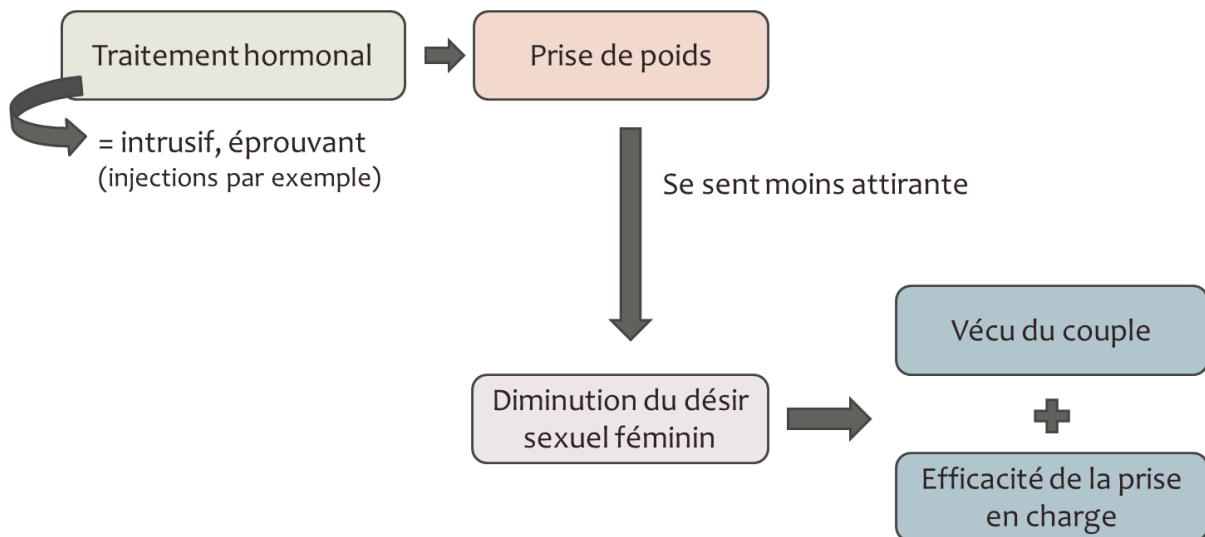


FIGURE 11 : EFFET DU TRAITEMENT HORMONAL SUR LE VÉCU ET L'EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

L'étude de Monique Bydlowski, menée en 2003, s'avère très intéressante concernant les facteurs psychologiques en jeu dans l'infécondité féminine (Bydlowski, 2003). Elle soulève la présence d'un besoin d'enfant davantage qu'un désir d'enfant chez ces femmes. Le paradoxe serait qu'il serait manifestement fort dans leur discours mais refusé inconsciemment. « Sans vouloir attribuer aux facteurs psychologiques une valeur de causalité comme peut l'avoir une obstruction des trompes ou des canaux déférents, on peut classer les facteurs psychologiques en trois groupes ». Elle distingue trois types d'infécondité :

- **Les infécondités secondaires** : suite, par exemple, à une première grossesse traumatisante ou à la perte d'un enfant suite à sa naissance, la femme aurait peur de la répétition de ce traumatisme et se refuserait inconsciemment à le revivre, en empêchant somatiquement toute conception.

- **Les infécondités par fixation névrotique** : dans ce cas de figure, c'est la culpabilité trop forte du désir incestueux d'avoir un « enfant du père », ainsi que la représentation de la mère, qui bloquerait la conception.
- **Les infécondités liées à des perturbations de l'image du corps féminin** : ce type d'infécondité attire tout particulièrement notre attention dans le cadre de cette étude. Elle serait en œuvre, notamment, dans les cas où les troubles du comportement alimentaire induiraient des aménorrhées. On retrouve fréquemment des femmes qui ont des difficultés avec leur représentation corporelle et la façon dont elles se perçoivent et s'acceptent. La peur des transformations corporelles liées à la grossesse et à l'accouchement, voire l'allaitement, sont souvent évoquées. Elle pose aussi la question de la réclamation de la médicalisation à outrance de leur corps dans le cadre de la prise en charge en centre de PMA, question qui suscite l'intérêt dans le corps médical.

D'après Monique Bydlowski, les infécondités secondaires seraient les plus susceptibles de bénéficier d'un traitement psychothérapeutique simple et efficace.

Cette demande envers le corps médical ainsi que ce lien avec l'image du corps peut faire penser aux propos de C. Maggioni dans Femmes infertiles (Maggioni, 1997). Maternité ou stérilité, le corps féminin : *« Faire un enfant serait un désir, une quête, une promesse... Mais qu'en est-il lorsque le corps fait silence ? Lorsqu'il se transforme en lieu du vide et de l'absence ? Nombreuses sont celles qui se tournent alors vers la médecine et consultent pour infertilité. [...] Propos douloureux, criés ou chuchotés, paroles banales ou secrètes. Face au médecin, la demande d'avoir un enfant se transforme en une demande de savoir le pourquoi de l'infertilité. À partir d'un désir de maternité parfois vague, chacune s'engage dans un parcours qui conduit à un changement total de la perception de soi : la représentation du corps, son vécu, se modifient. Le corps devient un enjeu entre soi et le discours médical. »*

6.3 APPARENCE PHYSIQUE, INFERTILITE ET APPREHENSIONS

Avoir des enfants peut induire de l'appréhension, cette dernière pouvant prendre diverses formes. On peut, par exemple avoir peur de:

- la grossesse, dont les transformations physiques et psychologiques,
- l'accouchement,
- que l'enfant ait un problème ou qu'il meurt
- d'avoir soi-même un problème voire de mourir
- ne pas être à la hauteur
- ne plus pouvoir vivre la même vie qu'avant, avec moins de contraintes et de responsabilités
- perdre son couple quand l'enfant viendra.
- ne pas retrouver son corps d'avant grossesse (assez fréquente également dans le discours des femmes)

Comme pour les autres appréhensions, elle peut ne pas être conscientes mais bien existantes sur le plan inconscient et, malgré tout, jouer un rôle dans la mise en acte du projet d'enfant.

La pression à réussir ou à rentrer dans les normes ou encore le désir de contrôle (de son corps, de sa fertilité, ...) sont des dimensions qui peuvent coexister voire se rejoindre dans les thèmes de cette recherche. Ces liens, les patients les abordent souvent, plus ou moins consciemment, en entretiens mais, pourtant, il s'agit d'un champ de recherche peu abordé. S'y intéresser pourrait, dans un premier temps, aider à mieux cerner la problématique infertile, première clé à un accompagnement plus adapté et efficace.

6.4 PERTURBATION DE L'IMAGE DU CORPS DANS L'INFERTILITE

L'infertilité est majoritairement vue par les femmes non pas comme une pathologie mais comme une imperfection, quelque chose qui « manque au corpsé (Maggioni, 1997). Certains travaux utilisant le dessin se sont montrés très intéressants (Reboul, 2001). Il a été demandé

à des femmes fertiles et infertiles de se représenter elles-mêmes. Il a été observé que les femmes infertiles se représentaient leurs corps comme plus « pauvres et morcelés » que ceux du groupe témoin, démontrant d'après l'auteur de ces travaux une « perturbation de l'image du corps ».

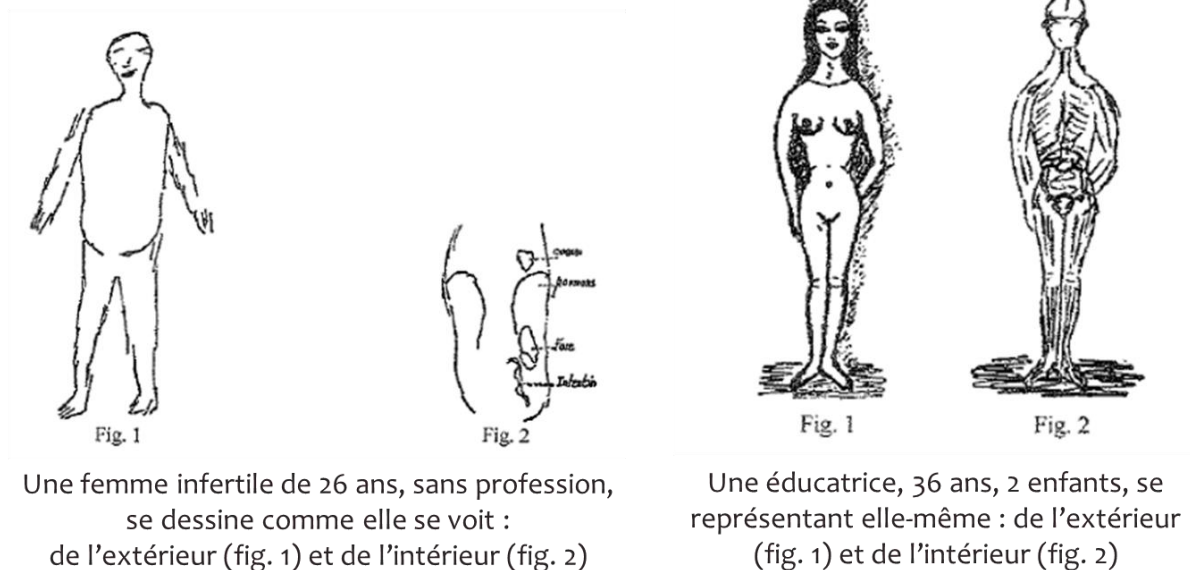


FIGURE 13 : DESSINS AUTODESCRIPTIFS REALISES PAR UNE FEMME INFERTILES ET UNE FEMME FERTILE

D'autres études montrent une perturbation de l'image du corps chez les sujets infertiles, de même que des problèmes d'estime de soi et de dépression. Comparés à des patients fertiles, ils se montrent plus insatisfaits de leur corps (Adler & Boxley, 1985; Akhondi et al., 2011; Bates, 1985; Cwikel, Gidron, & Sheiner, 2004; Kraft et al., 1980)

7 OBJECTIF

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre le vécu corporel des patients consultant en centre de PMA ainsi que l'état de leur projet d'enfant et la présence éventuelle de TCA dans le but d'améliorer leur prise en charge.

8 PROBLEMATIQUE

Malgré l'évolution des représentations sociales, devenir parent représente un des rôles importants de l'individu ayant atteint un certain âge et en couple. Il s'agit d'une réalisation de soi fortement valorisée, voire même encore de l'ordre de la norme sociale. De nouveaux schémas de vie ont vu de plus en plus le jour ces dernières décennies : accès et choix contraceptifs facilités, augmentation du nombre de femmes qui choisissent de concilier vie de foyer et professionnelle, choix volontaire de ne pas avoir d'enfant, recompositions familiales, mariage homosexuel. Ces nouveaux modèles ont été et sont encore de plus médiatisés. Cependant, ils ne sont pas toujours compris et acceptés par l'ensemble de la société. Ainsi, lorsqu'un couple vit ensemble depuis plusieurs années, surtout après qu'il se soit marié, il n'est pas rare qu'une pression (familiale, amicale, ...) plus ou moins directe ait lieu. En effet, il peut arriver que leur entourage ou des inconnus les questionne au sujet de leur projet d'enfant, trouvant cela parfois égoïste ou du moins surprenant.

Cette pression de l'entourage et même sociale, les individus consultant en centre de PMA la ressentent. Ils n'ont pas toujours envie ni même de raison de se justifier sur le fait de ne pas avoir d'enfant. Certains peuvent le dire, du moins à des personnes proches ou dans le cadre médical. Certains n'en parlent pas en dehors d'un contexte médical. Aussi, garder pour soi et affronter seul ou en couple une infertilité peut être difficile à gérer. Elle peut mettre en difficulté l'individu et l'affecter dans sa propre identité. Il peut aussi créer des conflits dans le couple qui doit s'adapter. Il en est qui sont plus fortement soudés par cette expérience et d'autres qui peuvent avoir du mal à communiquer, être en crise voire se séparer ; d'autant plus que le nombre d'échecs de tentatives augmentent.

Aussi, il a semblé intéressant de voir au cours de cette étude comment les couples interrogés pouvaient vivre la prise en charge en centre de PMA et notamment de ce qu'il en était de leur relation de couple. Que peut-on dire, donc, de l'accord du couple concernant l'engagement dans la PMA et de l'état de leur relation ?

De nombreuses raisons peuvent pousser les couples à vouloir fonder une famille. Il y a aussi des conditions qui peuvent être considérées comme favorables (ex : stabilité du couple) ou

défavorables (ex : coût financier jugé important) à la venue d'un enfant. Chaque individu accorde une importance qui lui est propre. Il peut aussi décider de reporter la réalisation de son intention d'avoir un enfant si une ou des conditions lui semblent défavorables. Beaucoup de couples, par exemple, retardent le moment de concevoir un enfant car ils jugent ne pas avoir une vie professionnelle stable. Il s'agit d'un phénomène, fréquent, qui fait aussi augmenter l'âge de la première maternité chez les femmes. En découlent, en raison d'une diminution de la fertilité avec l'âge, des risques plus accrus d'hypofertilité voire d'infertilité. On voit que le projet d'enfant, et ici plus précisément l'importance accordée aux conditions de vie, joue un rôle dans la survenue possible de certaines infertilités. Réciproquement, l'infertilité (son diagnostic et son traitement) peut amener les sujets à modifier, volontairement ou non, leur projet d'enfant. Ce dernier, chez les couples infertiles, paraît à priori manifestement orienté vers de fortes intentions et motivations à avoir un enfant. Ainsi, quelle est la nature de leur projet d'enfant ? Qu'en est-il de leurs motivations, des conditions qui sont importantes pour eux avant de concevoir ? Les femmes vivent-elles différemment des hommes leur projet d'enfant ainsi que la prise en charge en centre de PMA ? On sait effectivement que le parcours est souvent plus éprouvant médicalement parlant pour les femmes qui ont à faire face dans le cas de certains traitements à des actions plus invasives (traitements hormonaux, ponctions, ...). On sait aussi que les femmes investissent différemment la fonction parentale que ces derniers. Au regard de ces éléments, il apparaît donc intéressant d'étudier les désirs et les représentations, au sein de ce groupe clinique, des femmes d'une part et des hommes d'autre part.

Les représentations sont fortement reliées aux modèles reçus, et notamment de la part des parents mais aussi des personnes proches. Se présentant souvent comme une démarche consciente, raisonnable, voire programmée, le projet d'enfant s'intègre dans un plan de vie lié aux idéaux sociaux, culturels et familiaux. S'est posée ici la question des modèles qu'avaient reçus les sujets consultant en centre de PMA, de savoir s'ils avaient été représentatifs d'une certaine insatisfaction ou difficulté en matière de parentalité. Ainsi, une des questions est de savoir quelle est l'expérience ils peuvent rapporter de leurs propres parents en matière de parentalité (désir, satisfaction, épreuves) ainsi qu'en ce qui concerne la communication qu'ils ont pu avoir avec eux à ce sujet. Ce qu'ont pu vivre et ont pu transmettre les parents à leurs enfants peut avoir un impact sur leurs propres

représentations et appréhensions. Qu'est-ce qui ressort à ce sujet au sein de la population d'étude ? Prendre en compte cette transmission ainsi que l'impact qu'elle peut avoir sur les désirs et les réalisations des patients infertiles paraît pertinent pour mieux les accompagner. A l'image de l'apprentissage des comportements phobiques, on peut se demander si, dans le cadre de l'infertilité, le rôle de l'information et des modèles sociaux ne jouerait pas un rôle en transmettant certaines peurs plus ou moins conscientes, notamment dans le cas des infertilités inexpliquées (Bandura, 1977 ; Rachman, 1977).

Par ailleurs, étant complexe et fortement lié à l'identité, il a paru pertinent de voir plus en profondeur le projet d'enfant des individus consultant en centre de PMA mais aussi comment ils se percevaient eux-mêmes, que ce soit en s'imaginant dans leur futur rôle de parent ou relativement à la perception qu'ils ont de leur propre corps, soumis à de nombreux examens et traitements souvent invasifs, surtout chez les femmes. Le projet d'enfant est un projet de couple mais aussi individuel. C'est pourquoi, il semble pertinent de s'intéresser à leur relation de couple mais aussi à leur vécu individuel. La prise en charge en centre de PMA peut être la source de troubles : dépression, anxiété, relationnels... S'est posé ici la question du corps. Nombreuses sont les femmes qui sont conscientes, avant même d'être enceintes, qu'elles auront à prendre du poids, voire même garderont un excédent pondéral. Or cette transformation corporelle, comme la grossesse en elle-même, peut représenter un challenge émotionnel conséquent qui peut être difficile à accepter. Si l'on se réfère aux représentations anciennes du corps féminin, il est intéressant de remarquer que ces formes féminines étaient le symbole de la fertilité et qu'une femme qui possédait des rondeurs et de la graisse était jugée plus apte à enfanter, sachant qu'elles représentaient à la fois beauté et maternité, comme c'est encore le cas dans certaines cultures actuelles (méditerranéennes, ...) (Parnot et al., 2006). Bien que peu d'études existent à ce sujet, Fairburn et Welch (1990) ont montré que les modifications corporelles lors de la grossesse n'étaient pas toujours vécues positivement et que ces représentations négatives étaient souvent associées à des représentations corporelles négatives avant de devenir enceinte (Fairburn, 1990). Aussi, il est important de savoir que la maturation du rôle de mère ou de père peut demander un important investissement affectif et une image positive de soi (Mitchell, 2006). D'où l'importance qu'il y a à étudier cette question de l'image du corps.

Le fait de devoir faire face à l'infertilité peut coûter à l'individu, également en ce qui concerne l'image qu'il a de lui-même et de son corps. Plusieurs questions peuvent apparaître : les patients consultant en centre de PMA présentent-ils aussi des troubles liés à l'image de leur corps, à leur alimentation ? Il semblait intéressant de voir la façon dont les individus consultant en centre de PMA se percevaient physiquement ? Ainsi, il faut prendre en compte deux cas de figure. La première étant que de nombreuses études montrent qu'il y a une prévalence plus importante de sujets atteints de troubles de l'image du corps et du comportement alimentaire dans la population infertile. On peut parler dans ce cas de troubles primaires, à savoir antérieurs au diagnostic d'infertilité. La seconde se base davantage sur une hypothèse, à savoir que le fait de ne pouvoir concevoir naturellement pourrait avoir un impact sur l'image du corps et notamment sur la perception que les sujets ont de leur propre apparence physique. Les études montrent que l'infertilité provoque une blessure narcissique avec atteinte du concept de soi, diminution de l'estime de soi et difficultés identitaires. Cette blessure narcissique peut se trouver accentuée par la difficulté de la prise en charge, le regard et la pression que le sujet peut recevoir de l'extérieur, de la société ainsi que par le regard qu'il se porte sur lui-même et l'importance qu'il attribue au fait d'avoir un enfant pour avoir pleinement le sentiment d'avoir réussi sa vie. Le côté invasif et les risques fréquents voire répétitifs d'échecs des traitements accentuent cette atteinte de soi, la diminution de la confiance en soi et en l'avenir. Ceci peut provoquer des troubles de l'image du corps ou des troubles du comportement alimentaires consécutifs au diagnostic d'infertilité (secondaires). Aussi, il a paru intéressant de recueillir le vécu corporel des patients interrogés au cours de cette étude et de voir s'ils présentaient des TCA ainsi que des comportements ou des désirs d'intégrer de nouveaux comportements pour être plus satisfaits de leur corps ?

Cette étude tend à explorer le vécu corporel de ces sujets sous divers angles : le jugement esthétique, le jugement de leur volume corporel, leur désir de minceur et de musculature, cette dernière ayant peu fait l'objet d'études. Aussi, même si les désirs de gain de poids ont été quelque peu explorés, la différence entre gain de muscle et de graisse n'apparaît pas réellement. Il a donc paru intéressant de voir si les sujets auraient aimé changer de poids mais aussi gagner en volume musculaire. La différence entre gain musculaire sous forme de volume et de tonicité a également été établie dans le questionnaire ici utilisé, pour que les

sujets qui ne se retrouvent pas dans la recherche de volume puissent ou non se retrouver dans le désir d'avoir un corps plus tonique. Il a, également, été pris soin d'étudier les parties du corps que les sujets souhaitaient différentes.

L'objectif est d'approfondir les études antérieures qui ont été réalisées en France ainsi que sur le plan international et d'en dégager leurs niveaux de satisfaction à l'égard de leur apparence tout entière mais aussi en fonction des différentes parties de leur corps.

Avec les outils utilisés dans cette étude, il est question d'appréhender ce lien complexe dans la continuité et la complémentarité des études précédentes sur ce concept de nature multidimensionnelle qu'est le projet d'enfant. Il sera alors envisagé d'étudier de façon exploratoire le vécu des sujets consultant en centre de PMA, notamment concernant leur projet d'enfant mais aussi l'image qu'ils ont de leur corps au moyen d'outils adaptés ; ce dans un but aussi bien préventif que de compréhension d'un concept complexe et singulier.

Caractérisés par une insatisfaction corporelle plus ou moins profonde, ces troubles du corps et de l'alimentation touchent davantage les femmes et les adolescents mais, bien que plus fréquents, ne leur sont pas réservés et tendraient même à gagner du terrain chez les hommes et les autres catégories d'âge. D'où l'importance de plus en plus croissante de déterminer, étudier, comprendre les déterminants de ces troubles, les traitements possibles et, en amont, les moyens préventifs pouvant être mis en place. Les travaux étudiant également les hommes étant relativement peu fréquents, il a ainsi paru intéressant de les intégrer dans cette recherche et ainsi d'étudier le vécu corporel, le projet d'enfant et les TCA relativement au genre pour voir les différences de vécu que l'on soit une femme ou un homme consultant en centre de PMA.

I MATERIEL ET METHODES

Il s'agit de voir dans un premier temps les échantillons qui composent cette étude. Ensuite, il s'agira de faire un point sur l'outil qui a été construit et utilisé, la procédure employée et les hypothèses générées.

1 ECHANTILLONS

Cette étude a été réalisée via un échantillon de sujets infertiles consultant en centres de PMA. Ils ont été rencontrés dans plusieurs centres de procréation médicalement assistés de France, plus précisément aux centres hospitaliers universitaires Pellegrin de Bordeaux, Jean-Verdier de Bondy et Antoine-Béclère de Clamart. Il s'agit d'adultes aux situations matrimoniales et professionnelles variées. Ils ont été questionnés en salle d'attente. Il leur était proposé de participer à une étude par questionnaire sur le thème de la prise en charge en centre de PMA. Ils étaient invités à me remettre directement le questionnaire ou à le mettre dans une urne prévue à cet effet. Un taux quasi nul de sujets a refusé d'y participer. Dans ce cas, soit ils refusaient directement, soit ils rendaient un questionnaire vierge ou non rempli entièrement. Sachant qu'ils patientaient en salle d'attente en vue d'un rendez-vous, il est probable qu'une partie des sujets aient commencé à le remplir et, une fois appelés pour leur rendez-vous, ils ne l'aient pas rempli davantage. On peut envisager qu'ils étaient pressés, aient changé d'avis ou qu'ils aient oublié.

Aucun critère d'exclusion n'a été posé afin de pouvoir explorer le vécu de ces derniers quelles que soient leur étape de prise en charge, la nature de leur infertilité et l'origine. Les données feront, ainsi, l'objet d'une classification afin de comparer chaque sous-groupe. L'objectif est, dans cette volonté d'exploration, d'obtenir le maximum d'informations sur le vécu corporel, le comportement alimentaire et le projet d'enfant.

2 OUTILS

Il s'agit, au moyen de ces outils, de s'intéresser au projet d'enfant, au vécu corporel et aux TCA des sujets consultant en centre de PMA. Trois questionnaires ont été proposés aux sujets de l'étude: le QPE, le QVC et le Q-EDD. Il est à noter que ces questionnaires sont faciles à dépouiller et à retranscrire sur la feuille de données de recueil de résultats dans la mesure où ils sont pré-cotés, chaque modalité ayant déjà une cote affectée. Un score global peut être calculé pour le Q-EDD à partir d'une grille de cotation (cf. annexes).

Questionnaires		
QPE	QVC	Q-EDD
Questionnaire évaluant le Projet d'Enfant	Questionnaire évaluant le Vécu Corporel	Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis

2.1 LE QPE OU QUESTIONNAIRE EVALUANT LE PROJET D'ENFANT (Q-PSYFERT)

Questionnaire construit et soumis à validation, en 2007, par Parnot et al (Parnot, 2007). Il a pour objectif de mesurer l'intensité du désir d'enfant au travers de trois dimensions : les intentions, motivations et conditions en matière de parentalité. Il s'intéresse aux appréhensions ainsi qu'aux désirs à avoir un enfant ou encore aux représentations que les

sujets ont du vécu de leurs propres parents en matière de parentalité et qui pourraient peser sur leur propre manière de se représenter la parentalité. Il s'agit, dans le cadre des passations en centre d'AMP d'un questionnaire adapté à la population infertile, à la différence d'une première version qui était destinée à la population générale.

Il comporte une première partie qui permet au sujet d'indiquer des renseignements d'ordre général tels que son sexe, sa date de naissance, sa taille, son poids, son pays de naissance, ses situations professionnelle et matrimoniale ou encore, s'il est en couple, la durée de sa relation.

La seconde partie du Q.P.E., concernant leur réalité familiale, consiste à questionner les sujets sur le nombre d'enfants dont ils sont parents et si l'un d'eux a été adopté. On leur demande s'ils côtoient des enfants ou encore si des membres de leur entourage ont eu des difficultés à procréer. Pour connaître l'intensité de leurs désirs d'avoir des enfants, on leur demande de se situer sur une échelle de Lickert à 5 points. On leur demande combien (nombre exact et intervalle ils aimeraient en avoir), dans quel délai et s'ils aimeraient en adopter. On demande aux femmes dans quelle mesure elles désirent actuellement porter un enfant, ce qui est également adapté pour les hommes qui doivent répondre de leur désir de voir actuellement leur femme enceinte. On leur demande à quel point s'ils désirent être mère (père), l'âge auquel ils auraient aimé avoir leur premier enfant et l'âge limite qu'ils se donneraient pour en avoir un. Enfin, on les questionne sur la possibilité ou non qu'ils changent d'avis quant à leurs désirs d'enfants.

Pour mesurer la dimension liée aux motivations, sont employées des questions sous forme d'échelles en cinq points. Quatre questions évaluent leurs motivations dites positives, celles qui les pousseraient à avoir des enfants. Six questions mesurent les motivations dites négatives ; ces dernières pouvant représenter une contrainte au fait d'avoir des enfants et les pousser à en avoir peu ou pas du tout. Les motivations positives sont de l'ordre du bonheur, de l'aide pour la vieillesse, du désir de donner la vie et enfin des équipements et aides financières octroyées dans notre société qui pourraient accompagner ce désir. Les motifs négatifs sont relatifs aux coûts financier et temporel qu'engendre le fait de devenir parent. On trouve aussi les contraintes pour la vie quotidienne, la mauvaise conjoncture

économique, le manque d'aide aux familles et d'équipements collectifs pour les enfants qui y sont liés.

En ce qui concerne les appréhensions, considérées comme des raisons qui peuvent démotiver à avoir des enfants, le Q.P.E. explore celles liées aux modifications corporelles relatives à la grossesse au moyen d'une échelle en sept points. On les interroge aussi, sur une échelle en cinq points, sur leurs appréhensions quant aux risques encourus pour la santé de la mère et de l'enfant au cours de la grossesse et/ou de l'accouchement.

La dimension des conditions, que les sujets auraient besoin de remplir avant d'avoir un enfant, est aussi explorée. Parmi ces conditions, il y a le fait d'avoir fini ses études, d'avoir un travail stable, que l'un des parents (ou les deux) ne travaille pas, d'avoir plus de revenus, d'avoir un logement plus vaste et plus de temps à consacrer. Ces éléments seraient plus de l'ordre de priorités matérielles. Il y a aussi le fait de vivre en couple, de savoir si ce dernier est perçu par les sujets eux-mêmes comme stable, d'être marié, que le conjoint soit d'accord, d'être en bonne santé tout comme le conjoint. Celles-ci sont également des conditions externes mais de type relationnel. Il y a aussi les priorités psychiques suivantes : être mûr, avoir envie de faire un enfant et se sentir prêt à faire certains sacrifices. On leur demande pendant combien de temps ils seraient prêt à arrêter leur activité professionnelle afin d'élever leur(s) enfant(s). On leur demande, enfin, dans quelle mesure, avoir un enfant est plus - ou moins - important que leurs vies de couple et professionnelle. Le Q.P.E. se conclut par un encadré où les sujets sont invités à faire part de leurs remarques et/ou précisions. Il leur est, enfin, proposé de poursuivre la recherche en laissant leurs coordonnées.

Il a été choisi d'utiliser des questions qui semblaient pertinentes des questionnaires de Stöbel-Richter et de l'INED tout en modifiant certaines d'entre elles après le pré-test, la validation par l'expert, relativement aux objectifs de recherche. Le QPE passé par la population de tout-venant se différencie de celui passé par les couples infertiles dans la mesure où pour ces derniers, il a été adapté en reformulant et en enlevant les tournures non adaptées à leur situation. Il n'y avait aucun critère d'exclusion prédéfini si ce n'est l'incompréhension de la langue française. Il a aussi paru pertinent de prendre en considération leurs désirs de devenir parents et de grossesse. Il semble logique que ces

différents désirs reliés à des événements successifs soient inclus dans un questionnaire sur le projet d'enfant parce qu'ils sont, en principe, des conditions à la venue d'un enfant mais qu'ils peuvent aussi ne pas se trouver corrélés avec le seul désir d'enfant exprimé et/ou désiré.

Dimensions du QPE

- ✓ Intentions de fécondité
- ✓ Motivations (+/-)
- ✓ Conditions à la parentalité dont conditions personnelles/matérielles

- ✓ Désir de grossesse
- ✓ Désir d'enfant
- ✓ Désir de parentalité
- ✓ Appréhensions

(dont modifications corporelles liées à la grossesse)

- ✓ Vécus et représentations familiales (ce que les parents des sujets, d'après eux, ont pu ressentir et vivre)
- ✓ Questionnaire adapté, dans un second temps, à la population infertile

1. Etude de la validité du QPE (Parnot, 2007, mémoire de recherche de Master 2, non publié)

a. Etude de la validité

➤ Validité apparente

Afin de vérifier la validité apparente du Q.P.E., un pré-test a été réalisé. Il a permis de s'assurer de ce que le Q.P.E. semblait mesurer, aux yeux des participants notamment aux

moyen des remarques dont ils faisaient part à haute voix ou par la suite mais aussi grâce à l'observation de leur comportement lors de la passation. Ceci a permis de modifier le questionnaire, une première fois, de sorte qu'il soit plus clair. Toutefois, les sujets ont reconnu que le questionnaire mesurait, selon eux, ce qu'il a pour objectif de mesurer. Ils ont aussi constaté que ce questionnaire appréhendait différentes dimensions composant le concept du projet d'enfant, de façon pertinente et en lien avec la complexité de cette question. Une bonne validité apparente est intéressante dans la mesure où elle peut avoir un impact sur le climat de la passation et donc sur les qualités psychométrique de ce questionnaire, ce qui semble le cas lors de cette étude et à encore été amélioré tout au long des passations et de notre étude.

➤ **Validité de construit**

Afin de s'assurer de la validité de construit du Q.P.E., qui demande une définition claire de ce que l'on prétend évaluer, il a été non seulement nécessaire de appuyer sur des données théoriques mais aussi sur les données issues d'entretiens pré-exploratoires qui ont permis de mieux cerner cette définition. Ainsi, ces éléments ont donné la possibilité d'appuyer l'hypothèse que le Q.P.E. mesure effectivement ce qu'il prétend mesurer. On observe également comment il s'articule à d'autres construits et comportements. Il a été tenté de construire ce questionnaire en référence, notamment, au modèle qui a été mis en place par Miller. Il intègre les dimensions que sont : les désirs, les intentions et les motivations.

Afin de construire un questionnaire qui évalue le plus pertinemment possible le projet d'enfant, des entretiens pré-exploratoires ont été réalisés. Ils ont permis de mieux définir ce qu'est cette notion de même que les dimensions qui la caractérisent. Ils ont été réalisés avec la participation de cinq femmes âgées de 19 à 30 ans, étudiantes ou en activité professionnelle, en couple ou non, et sans enfant. A partir des données théoriques et des entretiens exploratoires, plusieurs dimensions ont pu être mises en relief: le désir, les intentions, les motivations, les conditions et les appréhensions. A aussi été observé tout ce qui concerne la réalisation de ces intentions, à savoir leurs comportements et ceux de leur entourage en matière de conception d'enfants. Ainsi, ont été construits des items

permettant d'appréhender leurs intentions, notamment sur le fait d'avoir ou non des enfants, le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir ou encore les âges auxquels ils envisagent d'en avoir et de ne plus en avoir. Beaucoup ont mis l'accent sur leur potentiel intentions d'adopter.

Les entretiens ont mis en relief les appréhensions qui peuvent accompagner ces intentions notamment sur les risques liés à la grossesse ou encore aux maladies congénitales et génétique du côté de l'enfant mais aussi pour ce qui est de la mère ; qu'ils l'imaginent ou en aient été témoins. Les bouleversements corporels ont souvent été anticipés que ce soit positivement ou non. Elles exprimaient les raisons qui leur donnaient envie d'avoir des enfants tel que le fait de donner la vie, transmettre quelque chose d'elles, éduquer, donner et recevoir de l'amour et du bonheur. Elles font aussi référence aux difficultés qu'elles rencontrent et qui font qu'elles ne désirent pas encore avoir d'enfant tel que le fait d'avoir fini ses études, d'avoir un travail stable, un logement, plus de moyens, plus de temps, ou ne serait-ce qu'un compagnon. Il apparaît que se réaliser professionnellement revêt une importance fondamentale. Beaucoup sont conscientes que le fait d'avoir été mère au foyer a pu être gratifiant pour les femmes des anciennes générations, certaines ayant pu en bénéficier. Toutefois, des préoccupations quant à leur avenir et même leur vie actuelle les amènent à concevoir la nécessité de travailler sans toutefois devoir choisir entre leurs vies professionnelle, de famille, de mère, de conjointe et de femme. Elles semblent envisager la possibilité de cumuler ces différents rôles mais se donnent le temps d'y parvenir sachant que la maternité paraît se faire attendre. Les aides de la société et les équipements collectifs semblent, cependant, les rassurer.

Même si elles semblaient trouver certains bénéfices au fait d'avoir des enfants, elles semblaient considérer de façon responsable les contraintes engendrées par la venue d'un enfant qu'elles soient corporelles, temporelles ou financières. En parlant de leur histoire de vie, beaucoup ont exprimé le poids de la fratrie ou encore de leur rapport à la famille et aux parents dans leurs intentions en matière de parentalité et de conception d'enfant. Elles ont aussi révélé l'influence de leur entourage autre que familial. Enfin, le fait d'être en couple, de vivre en concubinage de même que le désir du partenaire se sont révélés être des éléments importants. Par exemple, une jeune femme qui désirait préférentiellement

adopter se sentait contrainte de ne pas réaliser ce désir parce que son partenaire ne partageait pas son envie.

➤ Validité de contenu

Afin de valider le questionnaire au niveau de son contenu, un expert de cette problématique a apporté ses critiques constructives afin d'améliorer la construction du questionnaire et d'en vérifier la pertinente réalisation. Il s'agit du chercheur Arnaud Régnier-Loilier, qui travaille de manière importante sur le sujet des intentions de fécondité et du désir d'enfant pour l'Institut National des Etudes Démographiques (INED). Il a permis de s'assurer davantage que le Q.P.E. semblait bien représentatif du domaine d'intentions, de conditions, de motivations et de comportements à mesurer. Après s'être accordés sur la définition du construit, il a été vérifié que les items représentaient le plus pertinemment possible la complexité du concept mesuré mais aussi que chaque item appartenait bien à ce construit. Le questionnaire a été adapté en fonction de l'objectif de recherche, de la population visée et du mode de passation.

Certaines questions ont été modifiées, enlevées et rajoutées afin qu'il mesure des données qu'il a jugées pertinentes pour l'étude du désir d'enfant comme la question portant sur la situation professionnelle. Il a aussi arrangé la forme du questionnaire pour qu'il soit plus aéré, lisible et fléché. Il a induit un changement de place de certaines questions afin qu'une suite logique permette aux sujets de mieux parvenir à répondre et y mettre du sens. De même, certaines questions ont été déplacées pour éviter des biais entre elles en préférant mettre à la fin du questionnaire les items relatifs aux difficultés, appréhensions en matière de parentalité. Par modification directe sur le questionnaire et communication téléphonique, il a été pris soin d'argumenter quant à la présence et la formulation des différents items pour, ainsi, parvenir à un résultat final adapté. Leurs liens entre eux et leur adéquation à la réalité théorique sous-jacente ont été vérifiés. Il est à rajouter que cette validation du contenu s'est poursuivie tout au long de l'étude, notamment en analysant la pertinence des réponses données par les sujets de la passation.

b. Etude de la fidélité

➤ **Fidélité test-retest**

Afin de mesurer la fidélité test-retest de ce questionnaire, le test non paramétrique de Wilcoxon, qui s'adaptait au type de variables et de distributions observées, a été utilisé. L'objectif est d'observer si, comme l'entendait l'hypothèse sur laquelle s'est basée la validation du questionnaire, il n'y a aucune différence significative entre le score au temps 1 et celui au temps 2. Ainsi, la moyenne des scores au temps 1 est de 137,24 et de 139,09 au temps 2. Même si 22 sujets ont eu un score plus faible au retest, 29 y ont obtenu un score plus fort et 3 le même, la différence observée n'est pas significative ($Z = -1,661$; $p=.097$). Ainsi, le Q.P.E. semble avoir une **bonne stabilité temporelle**, ce qui va dans le sens de l'hypothèse.

➤ **Mesure de l'équivalence**

Il a été émis l'hypothèse qu'il n'y aurait pas de différence significative entre les scores obtenus au moyen du Q.P.E. et ceux obtenus grâce au Q.A.⁹, deux versions parallèles mesurant le projet d'enfant. Ainsi, le test de Wilcoxon pour mesures appariées, nous a permis de mettre en évidence qu'il n'existait pas de différence significative entre les scores moyens au Q.P.E « version réduite » et ceux obtenus au Q.A. La moyenne des rangs pour le Q.P.E. version réduite est de 89.50 et de 93.99 pour le Q.A ($Z = -1,668$; $p=.095$). Ainsi, il semble y avoir une bonne équivalence entre ces deux versions, ce qui correspond à notre hypothèse.

➤ **Cohérence interne**

L'homogénéité de l'instrument demeure élevée avec un coefficient alpha de Cronbach à 0.72. Chaque dimension semble aussi avoir une cohérence interne relativement élevée. La

⁹ Q.A. : Questionnaire de comparaison interrogeant sur les intentions en matière de parentalité, validé par une équipe de recherche allemande, puis traduit en français et co-traduit puis vérifié la validité de la traduction.

dimension des intentions a un coefficient alpha de Cronbach de 0.71 sur sept items. Celle évaluant les motivations a un alpha de 0.51 ce qui a été amélioré à 0.60 en excluant deux items évaluant les motivations positive relative à l'aide des enfants lors de la vieillesse et l'aide financière qui ne semblaient pas corrélés positivement. Pour ce qui est de la dimension mesurant les conditions, l'alpha de Cronbach est de 0.64. L'item évaluant l'importance de l'accord du conjoint ne semble pas corrélé positivement de même que celui sur l'importance d'avoir un enfant par rapport à la vie de couple. En les excluant, il a été obtenu un alpha de 0.67. A partir de là, l'item qui mesure le temps que le sujet aimerait consacrer pour être au foyer et celui sur l'importance d'avoir un enfant par rapport à la vie professionnelle se retrouvent inversement corrélés. En les excluant à leur tour, il a été obtenu un alpha de 0.74. Ainsi, les mesures d'homogénéité apparaissent relativement correctes, quoique que limites pour celles des motivations, ce qui a été amélioré par le retrait d'items corrélés négativement ou faiblement aux autres.

➤ Analyse des dimensions

En ayant observé les corrélations des variables entre elles, au moyen de matrices de corrélations, il a été possible d'observer des variables qui se reliaient davantage les unes aux autres. En ce qui concerne la dimension théoriquement définie « désir d'enfant », il a été possible de constater une relative corrélation des items suivant : désir d'enfant, délai envisagé avant d'avoir le premier enfant, désir de grossesse, de parentalité, et mécontentement s'il leur était impossible d'avoir un enfant. Elles semblent corrélées dans le sens d'une même dimension, ce qui ne semble pas être le cas de l'item sur l'adoption qui est très faiblement corrélé avec les items adjacents, sans toutefois être négativement corrélé. Pour ce qui est des motivations, se démarquent négativement les motivations matérielles, de l'ordre de l'intérêt, qui sont celles de l'aide potentielle d'un enfant pour la vieillesse et des aides financières et équipements existantes. Les motivations positives semblent peu reliées entre elle et avec les motivations négatives qui ont été inversées pour permettre la mesure. Les dimensions qui semblent se dessiner sont, d'une part, une dimension affective, plus de l'ordre de l'interne et une plus matérielle, externe quel que soit le type de motivation. Les appréhensions corporelles sont elles aussi moins reliées que ne le sont les deux types d'appréhensions relatives à la santé de la mère et de l'enfant, entre elles. Parmi

les motivations négatives, on observe une différenciation selon que le vécu soit intérieur ou directement dépendant de réalités extérieures et matérielles. Enfin, les conditions semblent corrélées entre elles. Les items portant sur l'importance du couple et de la profession par rapport au fait d'avoir un enfant semblent définir une autre dimension de l'ordre du privilège d'une activité sur une autre. Alors que les autres conditions semblent prioritaires mais n'induisent pas nécessairement une domination d'un désir par un autre.

➤ **Analyse discriminante**

D'après une étude d'analyse discriminante, 91% des groupes originaux ont été correctement classés. Ainsi, 88% des sujets ayant théoriquement un faible projet d'enfant ont, effectivement, été classés dans ce groupe alors que 13% d'entre eux ont été classés dans la catégorie « projet d'enfant moyen ». De même, 93% des sujets ayant un projet d'enfant moyen ont effectivement été classés dans ce groupe, 6% dans celui des sujets à fort projet d'enfant. Enfin, 90% de sujets à fort projet d'enfant ont été classés dans le groupe correspondant alors que 9% ont été sous-classés dans la catégorie moyenne. Deux fonctions discriminantes canoniques ont été utilisées dans cette analyse dont une d'entre elle expliquant 92% de la variance totale. Celle-ci a un wilk's lambda de 0.17 (444,340 p=.000). Sachant qu'une faible variation entre les différents groupes (proportion du total) correspond à un lambda faible et que ceci fait part d'une plus forte capacité discriminante à séparer les groupes, nous pouvons supposer une bonne discrimination du Q.P.E.

a. Résultats descriptifs sur le questionnaire : forme des distributions

Les sujets se répartissent relativement bien sur l'ensemble des échelles en plusieurs points. Cependant certains items montrent des réponses qui ne se répartissent pas normalement. Pour certaines, il y a également un effet de plancher et pour d'autres un effet de plafond. Nous observons un effet plafond notamment pour les items suivant : bonheur apporté par l'enfant et motivation de donner la vie. Les sujets semblent majoritairement d'accord avec ces affirmations. Il y a aussi la même situation pour ce qui est de l'ensemble

des conditions, mis à part le fait de se marier où s'observe au contraire un effet plancher ; la majorité des sujets ne le considérant pas du tout comme une priorité. Il y a aussi un effet plancher en ce qui concerne le fait d'arrêter de travailler, mais de façon moindre. Un effet plancher est également observé pour ce qui est de l'idée que le manque d'aides pour s'occuper d'enfants pourrait ne pas les motiver pour en avoir. Ainsi, il n'y a que pour l'item sur l'envie comme condition pour avoir un enfant que les modalités « désaccord » n'ont pas du tout retenu l'attention. Pour des questions telles que celles sur le désir de grossesse ou de parentalité, des échelles en sept points semblent pertinentes dans la mesure où, même si la majorité des sujets se positionnent majoritairement sur les modalités à « forte envie », un nombre non négligeable de sujets en montrent une envie modérée voire faible. Les types d'échelles employées dans ce questionnaire semblent ainsi relativement bien appropriées pour appréhender leur projet d'enfant d'autant plus qu'il semble souvent difficile pour eux de parvenir à se positionner de façon tranchée.

Il est à noter, enfin, qu'en vue de la passation du QPE sur la population infertile, certaines questions ont été adaptées et d'autres items s'intéressant à leur parcours (nombre de tentatives, origine de l'infertilité, ...) ont été rajoutés afin de cibler au mieux l'objet de l'étude ainsi qu'à leur situation. A été rajoutée, par exemple, la question suivante : « A propos de la décision de suivre un traitement d'aide à la procréation, quel est votre degré d'accord avec votre conjoint(e) ? ». De même, la question « Avez-vous connaissance d'une infertilité ? » a été retirée et remplacée par une question leur demandant la raison de leur venue en rendez-vous le jour de la passation. Mis à part ces quelques renseignements supplémentaires sur leur parcours, le questionnaire est resté le même, à savoir sur sa quasi-totalité.

2.2 QUESTIONNAIRE EVALUANT LE VECU CORPOREL (QVC)

Ce questionnaire a été construit en 2004 au sein d'une équipe toulousaine sous la direction d'Henri Chabrol à partir du questionnaire utilisé dans l'enquête européenne « Health Behavior

in School-Aged Children » / Organisation mondiale de la santé (HBSC/OMS) (DRESSEN C, NAVARRO, GODEAU, MOURET, & JEUNIER B, 2000). L'objectif de cette grande étude à l'échelle maintenant internationale était de recueillir des données valides, complètes et régulières sur les sujets en âge d'aller à l'école, notamment quant à la perception de leur propre apparence physique et leurs désirs de minceur (Roberts et al., 2009). Il évalue la perception que les sujets ont de leur apparence corporelle ainsi que les comportements qu'ils mettent ou pensent mettre en place pour la modifier. Plus précisément, il questionne les sujets sur leur volonté de mincir, de gagner en volume ou en tonicité musculaire d'une part. Il s'intéresse aux zones du corps concernées, d'autre part.

Trois questions de l'outil utilisé dans l'enquête européenne ont été reprises :

- jugement physique
- jugement de la corpulence
- degré de satisfaction de l'apparence corporelle)

Des questions cherchant à définir ce qu'ils désiraient de différent ou non quant à leur corps (visage, taille, longueur des jambes, poids, poitrine) ont été rajoutées. Ont également été ajoutées des questions, fermées, sur les zones corporelles qu'ils souhaiteraient plus minces, musculairement plus volumineuses et/ou plus toniques. Des questions explorant les activités (régime, sport) employées ou à employer pour modifier ces zones et un autre aspect de leur corps qu'ils aimeraient modifier sont également présentes.

Le QVC (ou Questionnaire évaluant le Vécu Corporel) étudie ainsi la perception que les sujets ont de leur apparence physique et celle de leurs compagnons (chez les couples infertiles). Il prend en considération le corps dans sa globalité et dans ses différentes parties (visage, ventre, fesses...). Il s'intéresse, non seulement, aux désirs de minceur mais, aussi, à la tonicité et, aspects important notamment chez les hommes, au volume musculaire.

Cet outil a, contrairement à d'autres outils plus succincts, pour **intérêt** de s'intéresser au vécu corporel de façon complète en prenant en compte la satisfaction corporelle sur les plans suivants :

- Globale
- Partielle

Elle prend en compte plusieurs façon d’entrevoir des changements corporels, pas uniquement ceux liés aux désirs de minceur ; ainsi qu’aux façons d’y parvenir. Elle s’intéresse, en effet, aux aspects suivants :

- Désirs de minceur
- Désirs de tonicité musculaire
- Désirs de volume musculaire

En ce qui concerne les façons d’y parvenir, elle sonde les sujets sur les désirs et les actions suivantes :

- Régime alimentaire
- Activité sportive

La partie « comportement compensatoires » est, elle aussi, issue du QVC mais a été bien différenciée des autres parties pour des questions d’organisation pour permettre de gagner en clarté, que ce soit pour le sujet ou pour dépouiller les résultats. Elle s’intéresse aux comportements existants et désirés que les personnes peuvent employer pour modifier leur apparence corporelle. Elle traite plus précisément les comportements les plus susceptibles d’être employés: le changement des habitudes alimentaires et la pratique sportive. Réalisés ou anticipés, ils sont intéressants à prendre en compte car ils montrent ce à quoi sont prêts les sujets pour modifier leur apparence corporelle. Ils aident à rendre compte, lorsqu’il y a insatisfaction corporelle, de son intensité.

VECU CORPOREL

- ✓ Satisfaction globale
- ✓ Satisfaction partielle

- ✓ Minceur
- ✓ Tonicité musculaire
- ✓ Volume musculaire

+ Comportements compensatoires

2.3 QUESTIONNAIRE FOR EATING DISORDER DIAGNOSIS (Q-EDD) (QUESTIONNAIRE DE DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION)

Construit et validé par une équipe américaine (Mintz, Sean, Mulholland, & Schneider, 1997) puis traduit et validé par une équipe française de l'Université de Toulouse 2 (Callahan et al., 2003), ce questionnaire permet de faire le diagnostic de troubles alimentaires cliniques ou sub-cliniques, tel que la boulimie ou encore l'anorexie. Il permet le diagnostic probable de 15 troubles cliniques et subcliniques. Il comporte des questions sur leur manière de s'alimenter ou encore leur technique de contrôle sur la nourriture, tel que le jeûne, le sport excessif ou l'emploi de diurétiques.

Population

- ⊙ Couples infertiles
- ⊙ Adultes (en âge d'être pris en charge en PMA)
- ⊙ Situations matrimoniales et professionnelles diverses
- ⊙ A diverses étapes de la prise en charge

Lieux d'étude

Unités d'Aide Médicale à la Procréation

- CHU Jean-Verdier, à Bondy
- CHU Bécclère, à Clamart
- CHU Pellegrin, à Bordeaux

Outils

- ⊙ **QPE**

Questionnaire évaluant le Projet d'Enfant (59 items, 10 min)

- ⊙ **QVC**

Questionnaire évaluant le Vécu Corporel (45 items, 10 min)

- ⊙ **Q-EDD**

Questionnaire for Eating Disorder Diagnosis (47 items, 10 min)

3 PHASES DE L'ETUDE

Cette étude fait suite à plusieurs études antérieures (maîtrise sur l'image du corps et master 2 sur le projet d'enfant) et porte sur le lien entre ces thématiques dans le cadre de l'infertilité, où le projet d'enfant a du mal à se réaliser naturellement. Les résultats alors obtenus ont été analysés au regard de la littérature, des discours de patients. Ceci a suggéré des perspectives de recherche. Pour cela, les outils mis au point lors de ces études antérieures ont été regroupés pour obtenir celui qui a été utilisé pour explorer le vécu des sujets infertiles.

La première phase en amont a consisté à construire le Questionnaire évaluant le Vécu Corporel. La deuxième a consisté à construire le Questionnaire évaluant le Projet d'Enfant. Le passage à cette thématique était mûrement réfléchi. Le lien entre image du corps et désir d'enfant sollicitait déjà de la curiosité scientifique.

Pour cette étude, tout a débuté par la reprise des outils pour les perfectionner davantage et en réaliser une version adaptée à la population infertile. Les psychologues et médecins ont donné leur accord pour réaliser l'étude dans leurs services et faire passer individuellement les questionnaires dans les salles d'attente. Après vérification auprès des services concernés, au moment où les questionnaires ont été proposés aux sujets, il n'était pas nécessaire de passer en commission pour permettre la réalisation de cette étude ni de faire remplir une feuille de consentement. Il m'a été indiqué que rien en particulier ne devait être réalisé. Une consigne indiquait au sujet le cadre de l'étude, la possibilité pour lui de remplir ou non le questionnaire et de rajouter s'il le souhaitait des remarques.

4 PROCEDURE D'INCLUSION DES SUJETS

Les sujets étaient inclus quelles que soient leurs caractéristiques sociodémographiques à partir du moment où ils patientaient en salle d'attente pour un rendez-vous en centre de PMA. Ils pouvaient participer quel que soit le sexe, l'âge, la présence du partenaire ou non, l'étape de leur prise en charge ou encore l'origine de leur infertilité. Le questionnaire était conçu de sorte que ces informations soient connues pour les prendre en compte lors de

l'analyse des résultats, dans un objectif clairement exploratoire. Seules les personnes ne comprenant pas le Français, ne désirant pas compléter le questionnaire ou interrompues en raison d'un rendez-vous ont rendu un questionnaire vierge ou incomplet.

5 MODE DE RECRUTEMENT DES SUJETS

Les sujets étaient recrutés directement en salle d'attente en ce qui concerne l'échantillon de sujets consultant en centre de PMA. Le cadre dans lequel était réalisée cette étude leur était expliqué à l'oral et à l'écrit sous la forme de la consigne tout en haut de la première page de l'outil. Lorsque les deux membres du couple venaient ensemble en consultation, il leur était précisé qu'ils étaient tous les deux invités à remplir chacun un questionnaire et qu'ils pouvaient à tout moment demander de l'aide ou obtenir des précisions. La confidentialité des réponses était assurée. Ils étaient invités à remettre leur questionnaire dans une urne opaque prévue à cet effet ou à le rendre directement en mains propres.

6 CONSIGNE (QPE)

La consigne adressée à l'écrit était la suivante : « Dans le cadre d'une recherche en psychologie, menée en collaboration entre l'Université de Pierre Mendès France de Grenoble, les Centres Hospitaliers Universitaires de Bordeaux, Jean-Verdier de Bondy et Bécclère de Clamart, portant sur l'image du corps, nous réalisons une étude par questionnaire. Celui-ci vous prendra 30 minutes environ. Il est très important que vos réponses soient à la fois spontanées et sincères et qu'elles se réfèrent à votre situation actuelle. Dans le cas de mises en situations qui ne sont pas réelles, imaginez votre comportement. Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse. Même si certaines questions peuvent vous surprendre, essayez d'y répondre. Dans le cas où vous ne répondriez pas, nous vous remercions d'en indiquer, à côté de la question (par exemple : « je ne sais pas » ou « je ne souhaite pas répondre à cette question »). Le questionnaire est sous forme recto-verso, nous attirons votre attention sur le fait de bien répondre à toutes les pages. Je vous rappelle

que les informations recueillies sont strictement confidentielles. Pour toutes informations complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter (Mme PIRRELLO-PARNOT : recherche.projet.enfant@laposte.net). Merci de votre participation. »

7 DUREE DE L'ETUDE

L'étude sur les couples infertiles a eu lieu dans plusieurs centres hospitaliers universitaires sur une durée de deux mois, ponctuellement sur Bordeaux, dont une semaine, quotidiennement, sur Paris.

8 DUREE DE LA PARTICIPATION A L'ETUDE

Le questionnaire prenait environ 30 minutes pour être rempli. Chaque sujet a été invité à remplir une fois ce questionnaire.

9 VARIABLES

9.1 VARIABLES INDEPENDANTES

- | | |
|--|--|
| - Effets du sexe | - Effets de la méthode d'AMP |
| - Effets de l'âge | - Effets de l'origine de l'infertilité |
| - Effets du nombre d'enfant | - Effets de la fratrie |
| - Effets du nombre d'années AMP ou du nombre de tentatives d'AMP | - Effets de la relation de couple |
| | - Effets du pays d'origine |

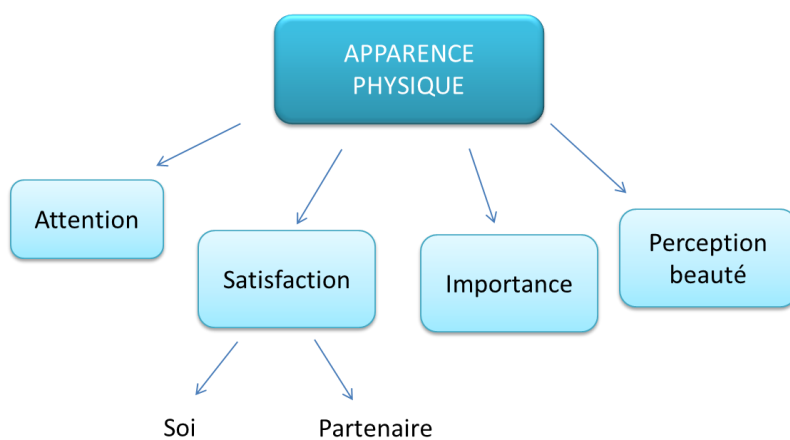
9.2 VARIABLES DEPENDANTES

L'ensemble des variables et de leurs liens, établis d'un point de vue théorique, a été schématisé dans les figures ci-après. Ceci a pour objectif de mieux visualiser les dimensions et sous-dimensions que comporte le questionnaire passé par les sujets et qui feront par la suite l'objet d'analyses statistiques.

9.2.1 IMAGE DU CORPS

9.2.1.1 INTERET PORTE A L'APPARENCE CORPORELLE

- Attention vis-à-vis de l'apparence physique
- Importance de l'apparence physique
- Attention quant au regard extérieur
- Comparaison physique



- Attention quant au regard extérieur
- Comparaison physique

FIGURE 14 : DIMENSION DE L'APPARENCE PHYSIQUE ET SOUS DIMENSIONS EXPLORÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

9.2.1.2 SATISFACTION GLOBALE

- Satisfaction de son apparence physique
- Satisfaction de l'apparence physique du partenaire
- Perception beauté
- Satisfaction du poids
- Peur de grossir
- Désir de grossir
- Désir de perdre du poids
- Attention vis-à-vis de son apparence physique
- Attention quant au regard extérieur
- Importance de l'apparence physique
- Comparaison physique

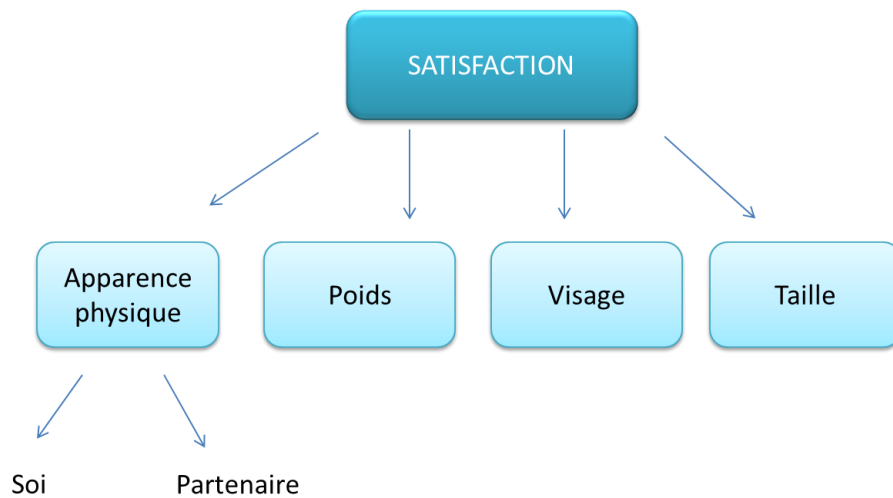


FIGURE 15 : DIMENSION RELATIVE A LA SATISFACTION CORPORELLE ET SOUS DIMENSIONS EXPLORÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

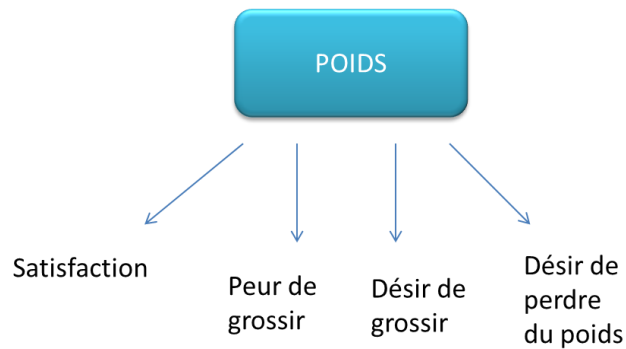


FIGURE 16 : DIMENSION RELATIVE A LA SATISFACTION LIEE AU POIDS ET SOUS DIMENSIONS EXPLORÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

9.2.1.3 SATISFACTION PARTIELLE

- Satisfaction du visage
- Satisfaction de la taille
- Minceur
- Tonicité
- Volume

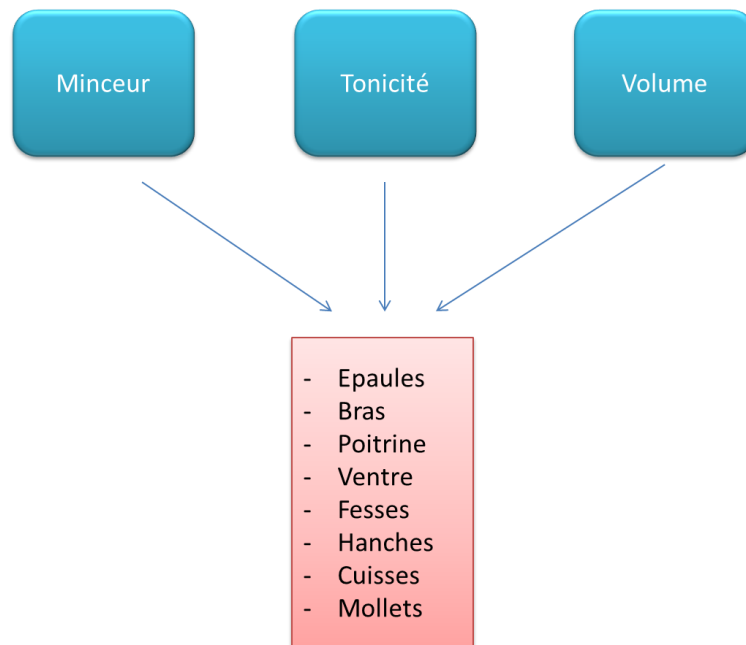


FIGURE 17 : DIMENSIONS RELATIVES A LA RECHERCHE DE MINCEUR, DE TONICITE ET DE VOLUME MUSCULAIRE AINSI QUE LES ZONES CONCERNEES ET EXPLOREES DANS LE QUESTIONNAIRE

9.2.1.4 COMPORTEMENTS COMPENSATOIRES

- Modifications réelles par le sport
- Modifications réelles par l'hygiène alimentaire
- Modifications espérées par le sport
- Modifications espérées par l'hygiène alimentaire

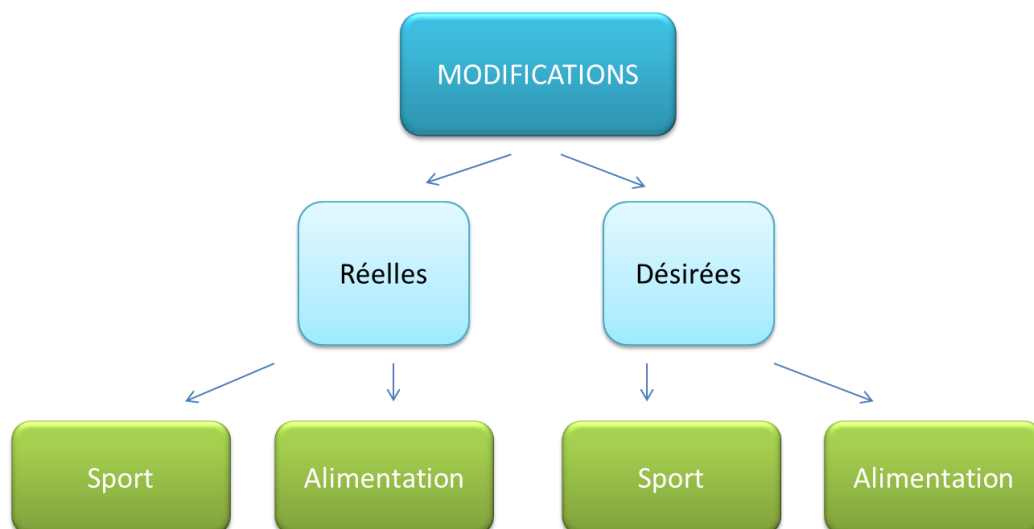
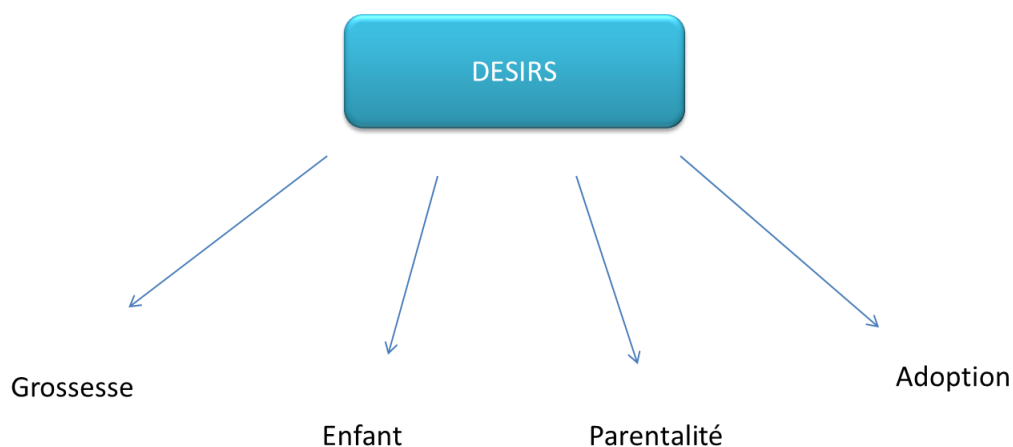


FIGURE 18 : DIMENSION RELATIVE AUX DESIRS DE MODIFICATION CORPORELLE EXPLORES DANS LE QUESTIONNAIRE

9.2.2 PROJET D'ENFANT

9.2.2.1 DESIRS

- Désir de grossesse
- Désir d'enfant
- Désir de parentalité
- Désir d'adoption
- Importance d'avoir un enfant
- Sentiment quant à la parentalité
- Anticipation du rôle de parent
- Anticipation de la déception si échec
- Nombre d'enfants désiré
- Age désiré pour avoir le premier enfant
- Age limite pour avoir un enfant
- Perception du désir d'enfant du partenaire



- Importance d'avoir un enfant
- Sentiment quant à la parentalité
- Anticipation du rôle de parent
- Anticipation de la déception si échec

- Nombre d'enfants désiré
- Age désiré pour avoir le premier enfant
- Age limite pour avoir un enfant
- Perception du désir d'enfant du partenaire

FIGURE 19 : DIMENSION RELATIVE AU DESIR D'ENFANT ET AUTRES VARIABLES EN LIEN EXPLORÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

9.2.2.2 MOTIVATIONS

- Bonheur
- Don de vie
- Accomplissement du couple
- Prolongement de soi
- Supériorité du couple sur le projet d'enfant
- Supériorité de la vie professionnelle sur le projet d'enfant
- Accord AMP
- Supériorité AMP
- Changement d'avis

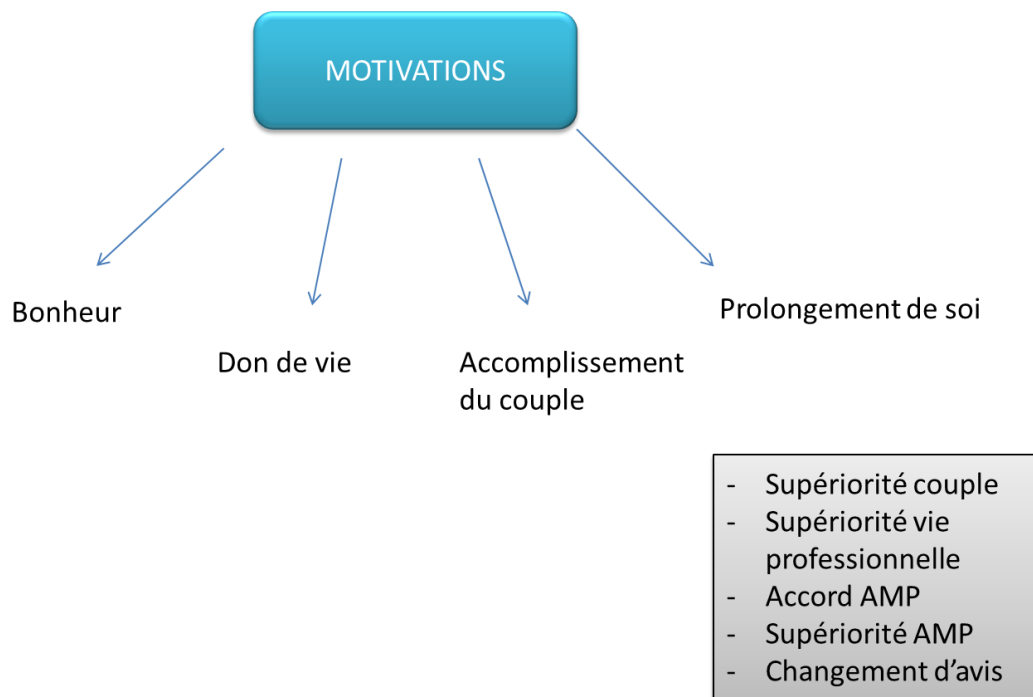


FIGURE 20 : DIMENSION RELATIVE AUX MOTIVATIONS A AVOIR UN ENFANT ET AUTRES VARIABLES EN LIEN EXPLOREES DANS LE QUESTIONNAIRE

9.2.2.3 CONDITIONS

9.2.2.3.1 POSITIVES

Affectives

- Couple
- Stabilité du couple
- Mariage
- Maturité
- Envie
- Accord

Matérielles

- Etudes
- Stabilité professionnelle
- Arrêt de travail
- Logement
- Revenus
- Disponibilité
- Santé
- Sacrifices

9.2.2.3.2 NEGATIVES

- Contraintes
- Coût
- Occupation
- Incertitudes
- Aides
- Equipements
- Arrêt de travail pour élever l'enfant

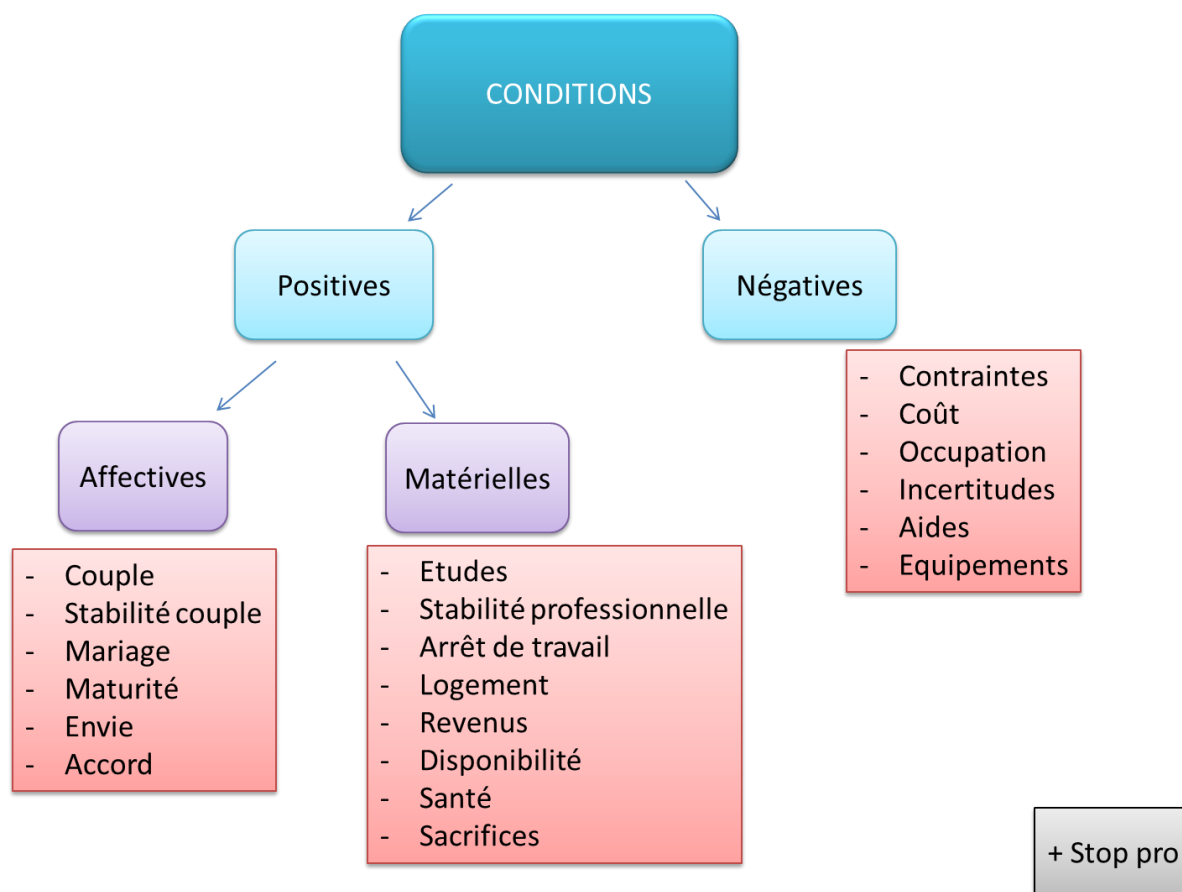


FIGURE 21 : DIMENSION RELATIVE AUX CONDITIONS FAVORISANT OU NON LA REALISATION DU DESIR D'ENFANT COMME EXPLORÉE DANS LE QUESTIONNAIRE

9.2.2.4 APPREHENSIONS

- Modifications corporelles liées à la grossesse
- Risques pour la santé de la mère
- Risques pour la santé de l'enfant
- Difficultés de l'entourage à avoir un enfant

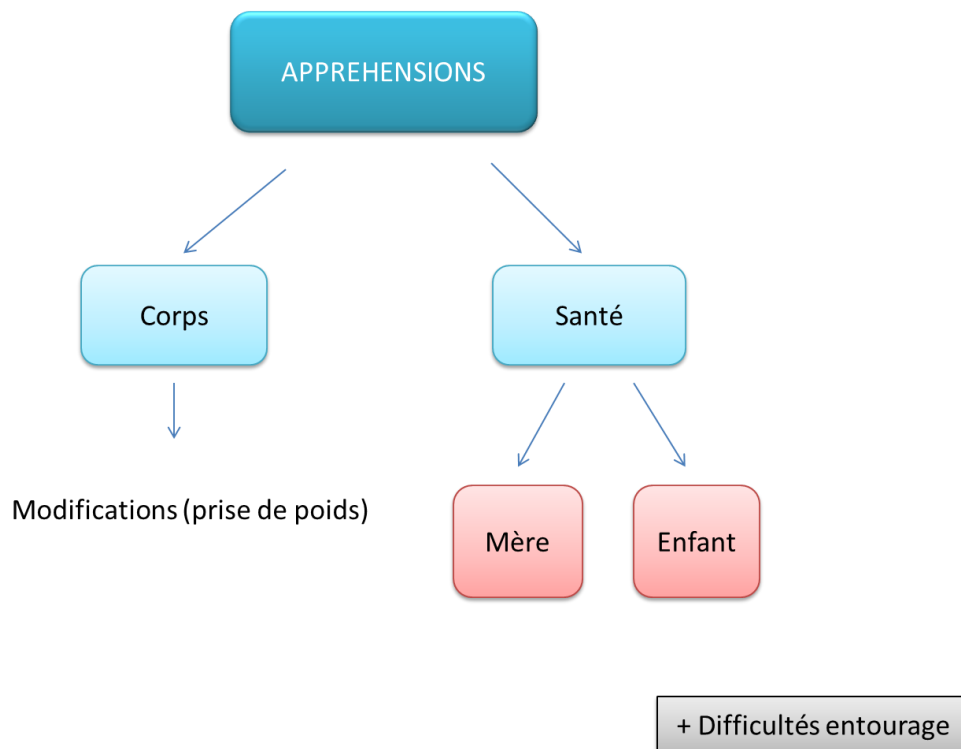


FIGURE 22 : DIMENSION RELATIVE AUX APPREHENSIONS LIEES A LA GROSSESSE OU A L'ACCOUCHEMENT COMME EXPLORÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

9.2.2.5 REPRESENTATIONS PARENTALES

9.2.2.5.1 MÈRE

- Satisfaction à avoir été parent
- Intensité perçue du désir d'enfant
- Perception du désir à devenir grand-parent
- Vécu de la grossesse
- Communication sur la grossesse
- Fausses couches
- IVG

9.2.2.5.2 PÈRE

- Satisfaction à avoir été parent
- Intensité perçue du désir d'enfant
- Perception du désir à devenir grand-parent

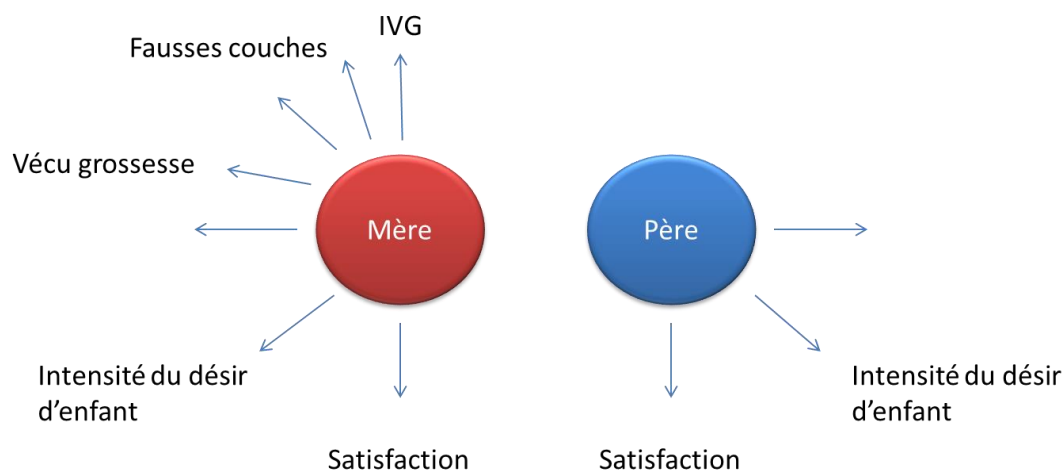


FIGURE 23 : REPRESENTATIONS QUE LES SUJETS PEUVENT AVOIR DE LA PARENTALITE DE LEURS PARENTS COMME EXPLORÉES DANS LE QUESTIONNAIRE

10 HYPOTHESES GENERALES

L'objectif est, dans cette étude, de déterminer s'il existe une relation entre le fait de consulter en centre de PMA et les variables dépendantes précédemment décrites ; ce qui amène à élaborer les hypothèses générales suivantes :

- **HYPOTHESE GENERALE 1** : La prise en charge en centre de PMA affecte la relation de couple, la fragilisant avec l'augmentation du nombre de tentatives.
- **HYPOTHESE GENERALE 2** : Les femmes consultant en centre de PMA investiraient plus le projet d'enfant que les hommes ne le feraient et exprimeraient davantage d'insatisfaction si celui-ci ne se réalisait pas.
- **HYPOTHESE GENERALE 3** : Les individus consultant en centre de PMA appréhenderaient davantage la grossesse, l'accouchement et la parentalité d'autant plus qu'ils auraient eu un retour d'expérience difficile de la part de leurs propres parents à ce sujet.

- **HYPOTHESE GENERALE 4 :** Les individus consultant en centre de PMA seraient davantage insatisfaits de leur apparence corporelle, d'autant plus parmi les femmes.
- **HYPOTHESE GENERALE 5 :** Les individus consultant en centre de PMA présenteraient pour certains des troubles du comportement alimentaire, d'autant plus parmi les femmes.

Les hypothèses générales sont ici basées sur la relation entre le fait de consulter en centre PMA et les dimensions explorées dans le questionnaire. Il est possible d'établir d'autres hypothèses en relation avec le genre, l'origine de l'infertilité, la nature de la prise en charge en centre de PMA et le nombre de tentatives.

11 HYPOTHESES OPERATIONNELLES

Afin de vérifier l'exactitude des hypothèses générales, il convient de poser des hypothèses opérationnelles. Dans cette étude, elles s'appliqueront sur la comparaison au sein même du groupe infertile, entre les hommes et les femmes et ainsi faire une comparaison en fonction du genre.

Ces hypothèses portent sur les différents concepts qui seront étudiés au cours de cette recherche, à savoir le projet d'enfant, les représentations parentales, le vécu corporel, les comportements compensatoires et les troubles du comportement alimentaire.

Voici les hypothèses opérationnelles plus en détail :

11.1 HYPOTHESE GENERALE 1 : LA PRISE EN CHARGE EN CENTRE DE PMA AFFECTE LA RELATION DE COUPLE, LA FRAGILISANT AVEC L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE TENTATIVES.

- Les femmes feraient part d'une moins bonne relation de couple que les hommes.
- Plus le nombre de tentatives augmenterait, plus l'état de relation de couple serait mauvais, surtout vers la 3^è ou la 4^è tentative.

11.2 HYPOTHESE GENERALE 2 : LES FEMMES CONSULTANT EN CENTRE DE PMA INVESTIRAIENT PLUS LE PROJET D'ENFANT QUE LES HOMMES NE LE FERAIENT ET EXPRIMERAIENT DAVANTAGE D'INSATISFACTION SI CELUI-CI NE SE REALISAIT PAS.

Afin de confirmer ou d'infirmer cette seconde hypothèse générale, il est possible de tester plusieurs hypothèses opérationnelles, sachant que le projet d'enfant est composé de plusieurs dimensions et sous-dimensions (ex. : désirs dont celui de grossesse ou encore de devenir parent, motivations,...). On note les hypothèses opérationnelles suivantes :

11.2.1 DESIRS ET INTENTIONS

- Les femmes exprimeraient un désir d'enfant plus fort que les hommes, de même pour ce qui est du désir de grossesse, de parentalité ou encore d'adoption.
- Elles mettraient plus d'importance à avoir des enfants que les hommes, s'imagineraient davantage maman et se sentiraient, d'ailleurs, moins confiantes de le devenir.
- Pourtant, si elles ne pouvaient être mères, elles se diraient plus déçues.

- Elles percevraient un fort désir d'enfant chez leur partenaire mais ce désir serait toutefois moins fort que le leur.
- Les hommes seraient plus nombreux à envisager changer d'avis et, donc, de ne finalement plus vouloir d'enfant.
- Les femmes voudraient, en moyenne, avoir plus d'enfants, plus tôt tout en se posant davantage une limite d'âge que les hommes.

11.2.2 MOTIVATIONS ET CONDITIONS

- Les femmes feraient part de plus fortes motivations positives et de moins fortes motivations négatives.
- Elles accorderaient aussi moins d'importance aux conditions pouvant dissuader d'avoir des enfants.
- Les hommes seraient plus attentifs aux conditions matérielles et les femmes aux conditions affectives.
- La vie professionnelle primerait davantage pour les hommes, les femmes étant plus prêtes à arrêter de travailler pour élever leurs enfants que ces derniers.
- Dans les deux cas, être en couple primerait sur le fait d'avoir des enfants, cela paraissant comme une condition sine qua non à la parentalité.

11.3 HYPOTHESE GENERALE 3 : LES INDIVIDUS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA APPREHENDERAIENT DAVANTAGE LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PARENTALITE D'AUTANT PLUS QU'ILS AURAIENT EU UN RETOUR D'EXPERIENCE DIFFICILE DE LA PART DE LEURS PROPRES PARENTS A CE SUJET.

11.3.1 APPREHENSIONS DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA CONCERNANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT, LA PARENTALITE ET LES CHANGEMENTS CORPORELS LIES A LA GROSSESSE

- Les femmes auraient plus tendance que les hommes à appréhender la grossesse, l'accouchement et la parentalité, ainsi que les changements corporels induits par ces derniers.
- Elles craindraient davantage des problèmes de santé pour elles et l'enfant.
- Les femmes exprimeraient davantage de difficultés pour avoir des enfants dans leur entourage.

11.3.2 RETOURS D'EXPERIENCES QU'ONT REÇU LES SUJETS INFERTILES DE LEUR ENTOURAGE

On peut penser, sur le plan inconscient, que les sujets infertiles percevraient chez leur parents une moins grande satisfaction d'avoir été parents, un moins fort désir de vouloir l'être ainsi que d'être eux-mêmes grands-parents.

- Leurs mères auraient eu une grossesse, un accouchement ou un rapport à la parentalité plus délicat, l'angoisse ayant été transmise et mise en acte dans l'infertilité.
- Sur le plan conscient, on peut, au contraire, imaginer la perception d'un fort désir de devenir grands-parents vu l'attente qui se construit autour de cet enfant tant désiré, faisant aussi gage de soutien dans leur démarche d'AMP.

Cette étude par le choix de l'outil permettra plus d'appréhender le discours conscient mais il peut s'avérer intéressant d'explorer ce vécu dans une perspective future de compléter la recherche avec une analyse plus profonde des mécanismes inconscients, à l'aide d'entretiens cliniques par exemple.

11.4 HYPOTHESE GENERALE 4 : LES INDIVIDUS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA SERAIENT DAVANTAGE INSATISFAITS DE LEUR APPARENCE CORPORELLE, D'AUTANT PLUS PARMIS LES FEMMES.

11.4.1.1 SATISFACTION GLOBALE

- Les femmes accorderaient plus d'importance et d'attention à leur apparence physique. Elles en seraient aussi moins satisfaites.
- Elles se montreraient plus difficiles concernant l'apparence physique de leur conjoint, ces derniers étant plus satisfaits de celle de leur conjointe.
- Elles se trouveraient globalement moins belles, se comparant plus aux autres et accordant une plus grande attention au regard d'autrui.

11.4.1.2 SATISFACTION PARTIELLE

- Elles seraient moins satisfaites de leur poids, de leur visage, de leur taille ainsi que de toute partie de leur corps.
- Elles auraient plus peur de grossir et sont plus nombreuses à vouloir perdre du poids. Les hommes seraient moins insatisfaits même si une partie aimerait prendre du poids, du moins en volume musculaire.
- Les femmes seraient plus intéressées par la minceur et la tonicité musculaire, surtout pour ce qui est de la zone méditerranéenne (ventre, fesse, cuisse, hanches,...).

11.5 HYPOTHESE GENERALE 5 : UNE PARTIE DES INDIVIDUS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA PRESENTERAIENT DES COMPORTEMENTS COMPENSATOIRES ET DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, D'AUTANT PLUS PARMI LES FEMMES.

Concernant le régime alimentaire :

- Les femmes feraient plus de régime que les hommes en vue de perdre du poids.
- Les femmes souhaiteraient plus que les hommes faire attention à leur alimentation en vue de perdre du poids.

Concernant le sport :

- Comparé aux femmes, les hommes feraient du sport davantage pour gagner en volume musculaire.
- Comparé aux hommes, les femmes feraient du sport davantage pour perdre du poids et se tonifier.
- Les femmes seraient plus nombreuses que les hommes à souhaiter faire du sport pour prendre soin de leur corps.
- Les hommes seraient plus nombreux que les femmes à faire du sport pour prendre soin de leur corps.

Concernant les TCA :

- Les femmes présenteraient plus de troubles du comportement alimentaire (cliniques et subcliniques) que les hommes.

Enfin, il est important d'ajouter qu'à des comparaisons en fonction du genre, peuvent se rajouter des comparaisons en fonction de l'origine de l'infertilité (masculine, féminine, mixte, inconnue), de la nature de la prise en charge (FIV, Insémination Artificielle,...) ou encore du nombre de tentatives de PMA. On sait par exemple que plus les sujets ont réalisé de tentatives, plus le vécu s'avère difficile. Comparer leur vécu corporel ou leur projet d'enfant en fonction de leur nombre de tentatives peut être intéressant à observer. Après

avoir fait un point sur les aspects méthodologiques, il est question maintenant de découvrir les résultats de cette étude.

RESULTATS

Une fois tous les questionnaires réceptionnés, les analyses statistiques ont été réalisées, avec l'aide d'un enseignant en statistiques, sous R. Les résultats concernant la validation des outils avaient été analysés sous SPSS mais il a été choisi, ici, d'utiliser R qui est aussi reconnu par la communauté scientifique.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R 2.15.2 (*R: A language and environment for statistical computing*. <http://www.R-project.org/>). Les tests statistiques utilisés ont été choisis selon la nature des variables et des données obtenues selon les règles suivantes (Tableau 1 : Tests statistiques appliqués en fonction de la nature des variables) :

Nature des Variables	Test paramétrique	Test non paramétrique
Qualitative et qualitative	χ^2	Test exact de Fisher
Qualitative (2 modalités) et Numériques	T de student	Test des rangs de Wilcoxon
Qualitative (3 modalités et plus) et Numériques	F de Fisher (ANOVA)	Test de Kruskal-Wallis

TABEAU 1 : TESTS STATISTIQUES APPLIQUES EN FONCTION DE LA NATURE DES VARIABLES

1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE PATIENTS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

1.1 REPARTITION DES GENRES DANS LE GROUPE ETUDIE

L'échantillon de sujets consultant en centre de PMA est composé de 48% (N=49) d'hommes et 52% (N=53) de femmes.

1.2 AGE MOYEN DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

L'âge moyen des sujets consultant en centre de PMA ayant répondu au questionnaire est de 36 ans ($M=35,75$, $SD=12.27$). La moyenne d'âge de l'échantillon clinique correspond à celle que l'on retrouve généralement dans la population consultant en centre de PMA.

1.3 INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

L'indice de masse corporelle moyen des sujets de notre échantillon consultant en centre de PMA est de 24.95, de 24.78 parmi les femmes de ce groupe et de 25.13 parmi les hommes de ce groupe.

1.4 LIEU DE NAISSANCE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

66% des sujets sont nés en France. On remarque une importante proportion de sujets qui ne sont pas nés en France, notamment au sein du CHU Jean Verdier de Bondy, où l'on trouve beaucoup de couples nés en Afrique du Nord (Tableau 2).

Pays d'origine	Proportion (en pourcentage)
France	65.9
Belgique	1.7
Maroc	11.1
Turquie	3.7
Algérie	5.4
Chili	1.7
Espagne	1.7
Congo	3.7
Portugal	1.7
Brésil	1.7
Côte d'Ivoire	1.7

TABEAU 2 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DES SUJETS EN FONCTION DU PAYS D'ORIGINE

1.5 EXISTENCE D'UNE FRATRIE PARMI LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Il y a 94.6% (N=94) des sujets qui font partie d'une fratrie. Ils ont en moyenne un frère et une sœur. La moyenne est, sans compter les sujets, de trois enfants dans la fratrie. En les comptant, elle est de quatre.

1.6 SITUATION MATRIMONIALE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

L'échantillon étudié est composé de la façon suivante :

- 67.3 % sont mariés
- 8.9 % sont pacsés
- 23.8 % sont en vie maritale
- 17% des sujets ont déjà au moins un enfant.

	25-30 ans	30-35 ans	35-40 ans	40-45 ans
Mariés	20.8	20.8	15.8	7.9
Pacsés	3	3	3	0
Vie maritale	3	7.9	7.9	4

TABLEAU 3 : REPARTITION DES SITUATIONS MATRIMONIALES EN FONCTION DES CLASSES D'AGE

On trouve beaucoup de sujets mariés ou en couple (Tableau 4). Parmi le groupe étudié ici, 17% ont déjà un enfant (Tableau 5).

	25-30 ans		30-35 ans		35-40 ans		40-45 ans	
	P	C	P	C	P	C	P	C
Mariés	20.8	77.6	20.8	65.6	15.8	59.2	7.9	66.4
Pacsés	3	11.2	3	9.5	3	11.2	0	0
Vie maritale	3	11.2	7.9	24.9	7.9	29.6	4	33.6

TABLEAU 4 : REPARTITION DES SITUATIONS MATRIMONIALES (P: EN POURCENTAGES) EN FONCTION DES CLASSES D'AGES (C: LES CHIFFRES DE DROITE EXPRIMENT LE RESULTAT EN POURCENTAGES DANS LA CLASSE D'AGE DONNEE)

	25-30 ans		30-35 ans		35-40 ans		40-45 ans	
	P	C	P	C	P	C	P	C
Déjà parents	3	12.5	4	12.5	4	14.8	5	41.7
Pas encore parents	21	87.5	28	87.5	23	85.2	7	58.3

TABEAU 5 : REPARTITION DES SUJETS DEJA PARENTS (P: EN POURCENTAGES) EN FONCTION DES CLASSES D'AGES (C: LES CHIFFRES DE DROITE EXPRIMENT LE RESULTAT EN POURCENTAGES DANS LA CLASSE D'AGE DONNE)

1.7 SITUATION PROFESSIONNELLE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

L'échantillon étudié est composé de la façon suivante :

- 86.1% travaillent
- 11.9% sont au chômage
- 2% sont étudiants

1.8 REPARTITION DES SUJETS EN FONCTION DU LIEU DE PASSATION

Parmi les sujets consultant pour infertilité :

- 58.8% sont issus du CHU Bordeaux Pellegrin
- 6.9% sont issus du CHU Antoine Béchère de Clamart
- 34.3% sont issus du CHU Jean Verdier de Bondy

1.9 RAISON MEDICALE DE LA VENUE DES SUJETS EN CENTRE DE PMA

Voici comment sont répartis les sujets consultant en centre de PMA :

- 51% viennent pour une FIV
- 20.3% viennent pour une insémination artificielle
- 17.2% viennent pour un spermogramme
- 7.1% viennent pour une stimulation ovarienne
- 14.3% viennent pour une autre raison (don d'ovocytes, congélation de paillettes avant traitement chimiothérapeutique, ...)

La plupart des sujets vient pour un diagnostic d'infertilité ou pour un traitement. Il y a aussi 14.3% de sujets qui viennent pour donner leurs ovocytes ou congeler des paillettes en raison du cancer d'un des membres du couple. Les résultats de cette étude concernent, donc, les sujets consultants en centre de PMA, dont une grande partie est infertile.

1.10 NOMBRE DE TENTATIVES D'AMP REALISEES

Voici la répartition des sujets en fonction du nombre de tentatives de PMA déjà réalisées ou non :

- Aucune tentative : 18.7%
- 1 tentative : 17.7%
- 2 tentatives : 17.7%
- 3 tentatives : 15.6%
- 4 tentatives : 9.4%
- 5 et plus : 20.8%

Un quart n'a encore entrepris aucune tentative. On trouve, en outre, un peu plus d'un quart de sujets pour qui cela fait cinq tentatives ou plus. Les sujets n'ont, donc, pas tous le même parcours (Tableau 6).

	FIV	IA	Spermogramme	Stimulation ovarienne	Autre (don d'ovocytes,...)
0	2.1	5.3	6.4	2.1	7.4
1	7.4	7.4	3.2	1	0
2	13.8	1	0	1	0
3	7.4	4.2	7.4	2.1	1
4	6.4	1	0	0	2.1
5 et plus	14.9	1	0	0	5.3

TABEAU 6 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DU NOMBRE DE TENTATIVES EN FONCTION DE LA RAISON MEDICALE DE LA VENUE DES PATIENTS EN CENTRE DE PMA

1.11 ORIGINE DE L'INFERTILITE

Voici la répartition des sujets en fonction de l'origine (au sens du genre) de leur infertilité, selon qu'elle soit masculine, féminine, mixte ou inconnue (Tableau 7 et Tableau 8) :

- Origine masculine : 24.2%
- Origine féminine : 34.3%
- Origine mixte : 25.3%
- Origine inconnue : 16.2%

On trouve 16.2% de sujets dont l'infertilité est d'origine inexpliquée, autrement nommée idiopathique, sans que l'on ait pu déceler de raison médicale chez l'homme ou la femme.

	masculine	féminine	mixte	inconnue
0	6.3	5.3	4.2	3.2
1	4.2	3.2	6.3	4.2
2	6.3	7.4	2.1	1.1
3	2.1	4.2	8.4	1.1
4	3.2	3.2	2.1	1.1
5 et plus	2.1	11.6	3.2	4.2

TABEAU 7 : REPARTITION DU NOMBRE DE TENTATIVES (EN POURCENTAGES) EN FONCTION DE L'ORIGINE DE L'INFERTILITE

	masculine	féminine	mixte	Inconnue
FIV	14.3	17.3	14.3	5.1
IA	5.1	4.1	8.2	3.1
Spermogramme	5.1	3.1	6.1	3.1
Stimulation ovarienne	0	2	2	3.1
Autre (don, ...)	0	8.2	3.1	4.1

TABEAU 8 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DES RAISONS MEDICALES DE LA VENUE DES PATIENTS EN CENTRE DE PMA EN FONCTION DE L'ORIGINE DE L'INFERTILITE

1.12 REALITE D'ADOPTION

Dans le groupe étudié, 95% des sujets n'ont jamais débuté des démarches d'adoption. Pourtant, 28.9% d'entre eux aimeraient adopter.

2 PRISE EN CHARGE EN CENTRE DE PMA ET RELATION DE COUPLE

HYPOTHESE GENERALE 1 : La prise en charge en centre de PMA affecte la relation de couple, la fragilisant avec l'augmentation du nombre de tentatives

Il s'agit de voir ce qu'il en est de l'état de la relation conjugale exprimée par les sujets consultant en centre de PMA :

- 83.3% trouvent leur relation bonne quand l'origine est masculine pour 16.7% qui ne la trouvent que moyenne
- 91.2% trouvent leur relation bonne quand l'origine est féminine pour 8.8% qui ne la trouvent que moyenne
- 92% trouvent leur relation bonne quand l'origine est mixte pour 4% qui ne la trouvent que moyenne et 4% qui la trouvent mauvaise
- 86.7% trouvent leur relation bonne quand l'origine est inconnue pour 13.3% qui ne la trouvent que moyenne

Une importante proportion de sujets se dit satisfait de sa relation de couple (89%). Ils sont tous en couple depuis au moins deux ans. Pour la majorité (37.2%), cela fait entre 5 et 10 ans. Les résultats suggèrent que la relation de couple apparaît moins bonne lorsque l'infertilité est d'origine masculine (Tableau 10). Il y a aussi des différences en terme de relation de couple en fonction du nombre de tentatives d'AMP, d'une part, et de la raison médicale de la consultation en centre de PMA d'autre part (Tableau 10 et Tableau 11).

	0	1	2	3	4	5 et plus
Bonne	17.7	17.7	13.5	11.5	8.3	19.8
Moyenne	1	0	3.1	4.2	1	1
Mauvaise	0	0	1	0	0	0

TABEAU 9 : REPARTITION EN POURCENTAGES DE L'ETAT DE LA RELATION DE COUPLE EN FONCTION DU NOMBRE DE TENTATIVES DE PMA

Origine infertilité	Nombre de tentatives (%)						Raison médical de la consultation					Etat de la relation de couple		
	0	1	2	3	4	5 et +	FIV	IA	Spermo-gramme	Stim. Ovar.	Autre	Bonne	Moyenne	Mauvaise
masculine	6.3	4.2	6.3	2.1	3.2	2.1	14.3	5.1	5.1	0	0	20.4	4.1	0
féminine	5.3	3.2	7.4	4.2	3.2	11.6	17.3	4.1	3	2	8.2	31.6	3.1	0
mixte	4.2	6.3	2.1	8.4	2.1	3.2	14.3	8.2	6.1	2	3.1	23.5	1	1
inconnue	3.2	4.2	1	1	1	4.2	5.1	3.1	3.1	3.1	4.1	13.3	2	0

TABEAU 10 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DU NOMBRE DE TENTATIVES, DE LA RAISON MEDICALE DE LA CONSULTATION EN CENTRE DE PMA ET DE L'ETAT DE LA RELATION DE COUPLE CHEZ LES COUPLES INFERTILES EN FONCTION DE L'ORIGINE DE L'INFERTILITE

Raison médicale de la consultation	Nombre de tentatives						Etat de la relation de couple		
	0	1	2	3	4	5 et +	Bonne	Moyenne	Mauvaise
FIV	2.1	7.4	13.8	7.4	6.4	14.9	46.4	4.1	1
IA	5.3	7.4	1.1	4.2	1.1	1.1	16.5	3.1	0
Spermogramme	6.4	3.2	0	7.4	0	0	15.5	2.1	0
Stimulation ovarienne	2.1	1.1	1.1	2.1	0	0	6.2	1	0
Autre (don,..)	7.4	0	0	1.1	2.1	5.3	14.4	1	0

TABEAU 11 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DU NOMBRE DE TENTATIVES ET DE L'ETAT DE LA RELATION DE COUPLE CHEZ LES COUPLES INFERTILES EN FONCTION DE LA RAISON MEDICALE DE LA CONSULTATION EN CENTRE DE PMA

3 PROJET D'ENFANT DES INDIVIDUS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

HYPOTHESE GENERALE 2 : Les femmes consultant en centre de PMA investiraient plus le projet d'enfant que les hommes ne le feraient et exprimeraient davantage d'insatisfaction si celui-ci ne se réalisait pas

3.1 DESIRS, INTENTIONS ET VECUS LIES AU PROJET D'ENFANT DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

3.1.1 DESIR D'ENFANT ET AGE IDEAL POUR AVOIR UN ENFANT DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

On constate que la majorité a débuté les tentatives dans la tranche d'âge qui était idéale pour eux ; leurs comportements, en matière de parentalité, étant en accord avec leurs intentions. Ils aimeraient, en moyenne, avoir 2 enfants, quel que soit le sexe.

3.1.2 ÂGE IDEAL POUR AVOIR SON PREMIER ENFANT SELON LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Les sujets auraient majoritairement aimé avoir leur premier enfant entre 25 et 29 ans, quel que soit le sexe (55.8% des femmes et 42.9% des hommes). On remarque que les hommes se positionnent sur des choix d'âges un peu plus avancés. En effet, on observe que les hommes souhaitent avoir des enfants plus tard que les femmes ($W=418$, $p=0.3^{10}$) (Figure 24).

¹⁰ Afin d'étudier la différence qui peut apparaître selon le genre, un test de comparaison de moyennes a été réalisé. En raison de la structure des données, un test non paramétrique tel que le test de Wilcoxon a été employé.

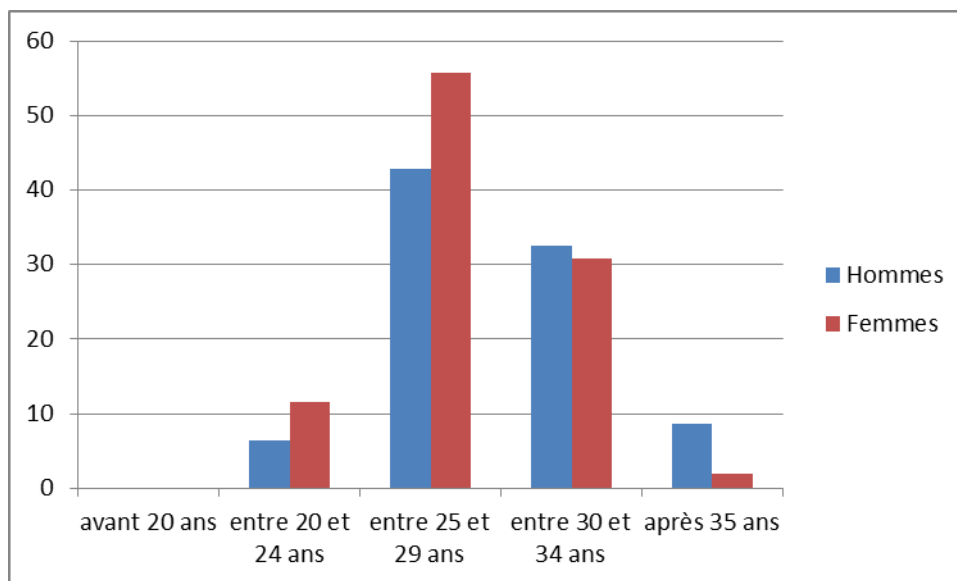


FIGURE 24 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DES SUJETS EN TERME D'AGE DESIRE POUR AVOIR SON PREMIER ENFANT EN FONCTION DES GENRES ET DES CLASSES D'AGES

3.1.3 AGE DE DEBUT DES TENTATIVES DE PROCREATION NATURELLE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

La majorité (36.8%) des sujets a commencé à procréer entre 25 et 29 ans, à un âge où la fertilité n'est pas encore censée avoir trop baissé. Beaucoup ont commencé dans les tranches d'âges précédentes (18.4% entre 20 et 24 ans) et suivantes (25.5% entre 30 et 34 ans). On trouve, cependant, 18.4% de sujets qui ont débuté après 35 ans, un âge où la fertilité, baisse en général, déjà nettement.

3.1.4 ÂGE LIMITE POUR AVOIR UN ENFANT SELON LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

En ce qui concerne l'âge limite que se donnent les sujets pour faire un enfant, même si la majorité (59.2%) s'en donne une, ce sont surtout les hommes qui le font (63% pour 55.8% des femmes, $\chi^2=0.2759$, $p=0.6^{11}$). Toutefois, lorsque l'on compare ceux qui se sont donné une limite, on constate que les femmes se donnent une échéance plus rapprochée. L'âge

¹¹ Pour identifier un lien entre le genre et l'âge limite pour avoir un enfant, un test de Chi-2 a été réalisé.

moyen donné comme limite -tout sexe confondu- est de 41 ans, de 39 ans chez les femmes contre 44 ans chez les hommes.

3.1.5 NOMBRE D'ENFANTS QUE LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA DESIRENT AVOIR

3.1.6 PERCEPTION DU DESIR D'ENFANT QUE LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA ONT DE LEUR PARTENAIRE

Le désir d'enfant des sujets a été questionné mais il a paru intéressant de les interroger sur leur perception du désir d'enfant de leur partenaire. Même si la majorité (93.9%) percevait un fort désir d'enfant chez leur partenaire, certains ne percevaient chez lui qu'un désir plus moyen. On n'observe pas de différence significative en fonction du genre ($\chi^2=1.62$, $p=0.153^{12}$). Toutefois, l'accord entre partenaire, sans être totale, reste majoritairement présente (97%).

3.1.7 DESIR DE PARENTALITE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Le désir de parentalité, tout comme le désir d'enfant, est fort chez la majorité des sujets infertiles (94.9%).

3.1.8 DESIR DE GROSSESSE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Tout comme pour le désir d'enfant ou de parentalité, la majorité des sujets a un fort désir de grossesse (88%). Il est, néanmoins, plus faible, surtout chez les femmes (non significatif). En effet, on observe un nombre non négligeable de femmes qui ont un désir plus mitigé (3.8%) voir faible (5.7%).

¹² Pour identifier un lien entre le genre et perception du désir d'enfant du partenaire un test de Chi-2 a été réalisé.

3.1.9 ANTICIPATION DU RÔLE DE PARENT DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

La majorité des sujets infertiles s'est déjà imaginée dans le rôle de parent (88%), plus les femmes (90.6%) que les hommes (85.1%) ($F, p=0.62^{13}$). Dans la population étudiée et consultant en centre de PMA, 12% d'entre eux ne se sont que peu ou pas du tout imaginés dans ce rôle.

3.1.10 SENTIMENT QUANT À LA PARENTALITÉ DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

La majorité des sujets infertiles de l'étude se sent confiante à l'idée d'être parent (88%), surtout les hommes (91.5%, pour 84.9% des femmes, $p=0.98$). Les femmes ont en général moins confiance en elles, anticipent plus, certes, mais plus négativement. Parmi les femmes 7.5% ne se sentent pas confiante, et autant se sentent moyennement confiantes.

3.1.11 IMPORTANCE D'AVOIR UN ENFANT POUR LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Pour trois quarts des sujets, il semble important d'avoir un enfant pour avoir le sentiment d'avoir pleinement réussi sa vie. On trouve 76% des hommes et 73.5% des femmes ($\chi^2=3.43$, $p=0.17$) qui considèrent que c'est important pour eux. Les hommes infertiles sont plus nombreux à le penser (76% vs. 40%, $W=163$, $p=0.05$).

3.1.12 CHANGEMENT D'AVIS ET DECEPTION EN CAS D'ÉCHEC

On a remarqué que c'était surtout les femmes (98% pour 84.8% des hommes, $p<0.01$) qui pensaient être déçues si elles ne parvenaient pas à avoir d'enfants. Elles accordent tellement d'importance au fait d'avoir un enfant que si elles n'y parvenaient pas, elles seraient très déçues. On constate, quel que soit le sexe, que la majorité des sujets se diraient déçus d'un

¹³ Pour identifier un lien entre le genre et l'anticipation dans le rôle de parent et en raison du nombre de données dans chaque modalité pour chaque variable, le test non-paramétrique de Fish exact a été utilisé.

éventuel échec (91.9%). La majorité souhaite persévérer dans leur désir d'avoir un enfant (79.2%), le restant envisageant éventuellement la possibilité de changer d'avis.

3.1.13 DESIR D'ADOPTION DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

C'est un désir équivalent chez les hommes (28.9%) et les femmes (28.8%).

- 29.2% des sujets dont l'infertilité est d'origine masculine ont un désir d'adoption
- 34.4% des sujets dont l'infertilité est d'origine féminine ont un désir d'adoption
- 28% des sujets dont l'infertilité est d'origine mixte ont un désir d'adoption
- 20% des sujets dont l'infertilité est d'origine inconnue ont un désir d'adoption

Origine de l'infertilité	Désir d'adoption
Masculine	29.2
Féminine	34.4
Mixte	28
Inconnue	20

TABEAU 12 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DU TAUX DE DESIR D'ADOPTION EN FONCTION DE L'ORIGINE DE L'INFERTILITE

On observe donc que les sujets dont l'origine de l'infertilité est inconnue ont un désir moindre d'adoption (Tableau 12).

3.2 MOTIVATIONS SUBJECTIVES A LA PARENTALITE

On a pu observer que les sujets infertiles exprimaient intensément leurs motivations à vouloir des enfants. Parallèlement à un désir intense, on trouve, effectivement, de fortes motivations.

Il s'agit maintenant d'observer un peu plus dans le détail les motivations qui poussent les sujets de l'étude à vouloir des enfants. Chez les sujets infertiles, dans l'ordre décroissant, les raisons qui poussent les sujets à vouloir des enfants sont :

- L'idée qu'avoir un enfant apporte du bonheur (91.9%)
- La volonté de donner la vie (90.9%)
- La possibilité d'un prolongement de soi (88.9%)
- L'accomplissement de couple que cela symbolise (74.7%)

<i>Motivations positives</i>	Effectif		Pourcentage		p-value (comparaison homme / femme)
	hommes	femmes	hommes	femmes	
Avoir un enfant apporte du bonheur	42	49	91.3	92.4	1
Volonté de donner la vie	42	48	91.3	90.6	0.9
Possibilité d'un prolongement de soi	41	47	89.1	88.7	0.58
Avoir des enfants permet un accomplissement du couple	35	39	76.1	73.6	0.74

TABEAU 13 : REPARTITION DU NOMBRE ET DU POURCENTAGE DE SUJETS INFERTILES EN FONCTION DES MOTIVATIONS POSITIVES DOMINANTES POUR AVOIR UN ENFANT

Ont été observées des différences en fonction du genre, qui ne sont toutefois pas significatives (Tableau 13). Les femmes sont plus nombreuses à y voir un possible bonheur. Les hommes, eux, sont plus nombreux que les femmes à être motivés par le fait de pouvoir donner la vie, tout en sachant que c'est une motivation largement partagée par les sujets interrogés quel que soit le sexe. L'accomplissement du couple est motivant pour les deux, un peu plus pour les hommes mais la différence est trop faible pour être pertinente. Enfin, les hommes sont plus nombreux à penser qu'avoir un enfant permet au couple de s'accomplir. Ils sont plus nombreux, également, à partager l'ensemble des motivations (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Il est intéressant maintenant de voir à quel point les sujets sont prêts à s'arrêter de travailler pour élever leurs enfants. Les sujets infertiles sont nombreux à avoir ce désir, mais la majorité ne le ferait quand même que ponctuellement. La majorité prendrait un congé de 6 mois à 1 an (42.1%), puis en second choix ce serait un congé inférieur à 6 mois (24.2%), alors que 9.5% disent qu'ils seraient prêts à s'arrêter définitivement. On observe, d'ailleurs, que ce sont les femmes qui sont plus prêtes à arrêter de travailler pour élever leurs enfants que les hommes ($\chi^2=11.3677$, $p=0.02$). Par contre, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à penser qu'il est important de s'arrêter de travailler pour élever un enfant (21.6% vs. 24.4%, $\chi^2=1.51$, $p=0.47$). Elles sont plus nombreuses que les hommes à penser que c'est moyennement ou peu important comme condition.

Autre point de comparaison intéressant en ce qui concerne les motivations, c'est de voir ce qui prime entre le travail, le couple et la parentalité. Il leur a été demandé de se situer les uns par rapport aux autres. Ainsi, il apparaît qu'avoir un enfant prime sur la sphère professionnelle mais pas sur la vie de couple ($W=7943$, $p<10^{-15}$). Une bonne majorité de femmes infertiles (66%) ne pense pas qu'avoir un enfant soit plus important qu'être en couple, de même chez les hommes infertiles (52.1%) mais de façon moins affirmée (F , $p=0.37$). Une très grande majorité des sujets pour qui être en couple est plus important qu'avoir un enfant pense qu'avoir un couple stable avant de devenir parent est important.

Aussi, tout sexe confondu, on trouve 10.1% des sujets qui affirment qu'avoir des enfants est pour eux plus important que leur vie de couple. Sinon, ils sont 62.6% à dire que c'est plus important que leur vie professionnelle. On observe donc que le désir d'enfant tient une grande priorité dans leur vie, surtout en rapport de la sphère professionnelle.

Enfin, autant les sujets qui considèrent qu'être en couple est plus important que d'avoir un enfant pensent qu'il vaut mieux avoir un couple stable avant de procréer, la majorité de ceux qui pensent qu'avoir une stabilité professionnelle est importante, considèrent quand même que la parentalité est plus importante que la vie professionnelle. Le travail prime dans le temps mais pas dans l'absolu.

La majorité des sujets qui accordent de l'importance à avoir une vie professionnelle stable avant d'avoir un enfant pense qu'il n'est pas nécessaire d'arrêter de travailler ou de passer à mi-temps pour l'élever ($\chi^2=27.5131$, $p=0.03$). Ils pensent aussi, en majorité, qu'avoir un enfant est plus important que le travail.

Malgré tout, même si le bonheur de fonder une famille prime sur la réussite professionnelle, il semble hautement nécessaire pour les sujets d'offrir à cet enfant les meilleures conditions de vie, également sur le plan matériel.

3.3 CONDITIONS SUBJECTIVES A LA PARENTALITE

3.3.1 CONDITIONS QUE LES COUPLES SOUHAITENT REMPLIR AVANT DE DEVENIR PARENTS

Beaucoup de couples émettent des priorités avant de concevoir un enfant. Parmi celles-ci, il y a des conditions matérielles et des conditions affectives. Les conditions affectives ont paru être les plus importantes, que l'on soit un homme ou une femme. Même si l'on observe peu de différences entre ces différents groupes, les questions du mariage, de la stabilité professionnelle, de l'arrêt de travail et des revenus partagent davantage. Quoiqu'il en soit, une bonne partie d'entre elles sont considérées comme nécessaires par les sujets interrogés, ce réparties de la façon suivante :

Conditions affectives :

- Etre mûr (93.7%)
- Avoir envie d'un enfant (95.8%)
- Avoir un couple stable (92.7%)
- Vivre en couple (88.5%)

Conditions matérielles :

- Avoir fini ses études (74%)
- Avoir un travail stable (71.9%)

- Avoir du temps disponible pour élever son enfant (89.9%)
- Faire preuve de sacrifices (89.6%)
- Avoir davantage de revenus (56.2%)
- Etre en bonne santé (85.4%)
- Avoir un logement plus vaste (54.2%)

Les femmes accordent plus d'importance au fait de remplir ces conditions avant d'avoir un enfant que les hommes (Figure 25). Cette différence s'observe surtout pour ce qui est de l'importance de faire des sacrifices, d'être disponible, d'être en bonne santé, d'avoir une certaine stabilité professionnelle mais aussi de couple, d'avoir un logement plus grand, d'être d'accord avec son partenaire et d'avoir réellement envie d'un enfant. Les hommes, quant à eux, accordent plus d'importance à terminer les études.

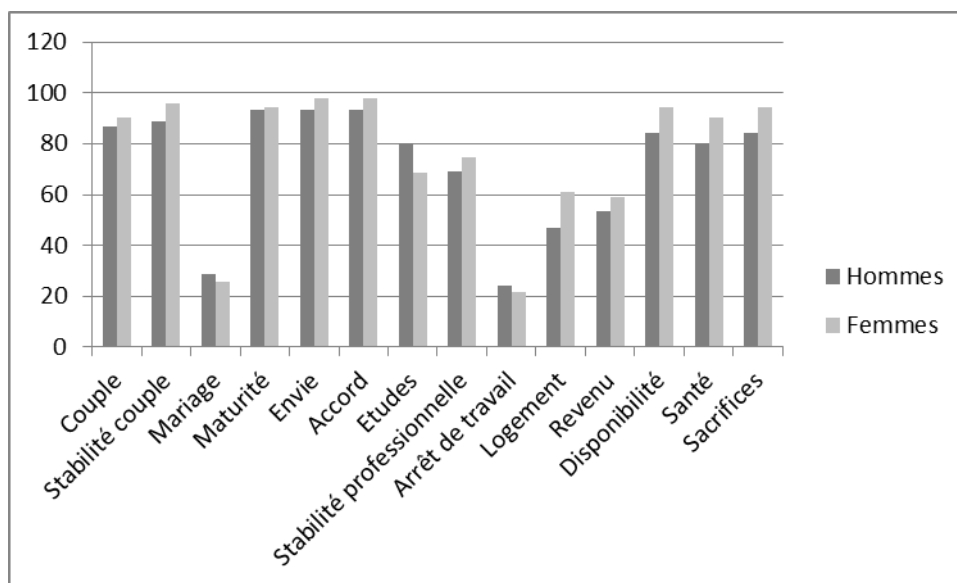


FIGURE 25 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) SOUS FORME D'HISTOGRAMME EN TERMES DE CONDITIONS EN FONCTION DU GENRE

Ils accordent de l'importance à la plupart des conditions citées précédemment (sacrifices, disponibilité, bonne santé, stabilité du couple, logement). Ils accordent, toutefois, moins d'importance aux conditions professionnelles ; 28.1% pensant que ça ne l'est que moyennement ou pas du tout ($W=1213= p=0.08$). On observe, ainsi, que les conditions

affectives sont plus largement partagées que les conditions matérielles (4,72 vs. 3,75 ; $W=2.701$, $p=4.57.10^{-5}$)¹⁴

On constate, au travers de ces résultats, que les sujets accordent plus d'importance au fait de remplir les conditions affectives plutôt que matérielles avant de concevoir. Néanmoins, les conditions matérielles restent quand même importantes pour la plupart des sujets ; le fait d'élever un enfant s'accompagnant, pour les sujets, de la volonté de lui offrir les meilleures conditions de vie. La priorité, pour eux, est d'être assez mature et d'avoir vraiment envie d'un enfant. Il reste, ensuite, aussi important d'avoir une certaine stabilité de couple et d'avoir terminé ses études. Vient ensuite le fait d'avoir un travail stable et du temps à consacrer à l'éducation d'un enfant. Semblent moins déterminants, mais pourtant partagés par beaucoup, le fait d'être prêt à faire des sacrifices, d'avoir assez de revenu, d'être en bonne santé et d'avoir un logement assez grand.

La condition qui n'est vraiment pas essentielle pour la majorité des sujets est celle de se marier ou encore de se mettre en arrêt de travail à plus ou moins long terme. La majorité, quel que soit le sexe, considère que le mariage n'est pas nécessaire et que de s'arrêter de travailler n'est que moyennement important pour fonder une famille. Effectivement, 77.1% des sujets, quel que soit le sexe, pensent que ce n'est pas nécessaire. On trouve, également, un lien entre le fait de ne pas être né en France et l'importance du mariage, sachant que ceux qui sont nés en France sont moins nombreux à penser que ce soit une condition importante avant de faire un enfant ($\chi^2=21.4358$, $p<0.01$).

Autre résultat, les hommes semblent davantage penser qu'il faille arrêter de travailler pour élever un enfant (24.4% pour 21.6%).

3.3.2 CONDITIONS QUI PEUVENT DISSUADER DE FAIRE UN ENFANT

Parmi ce qui peut retarder ou empêcher le fait de fonder une famille, au-delà des facteurs biologiques et psychologiques, on retrouve en premier la situation économique du pays qui,

¹⁴ Afin de vérifier si les conditions affectives étaient significativement plus importantes que les conditions matérielles et en raison de la nature des données, un test de Wilcoxon a été utilisé.

mauvaise, n'encouragerait pas les couples à vouloir enfanter. Suit, logiquement, de fait, la réalité qu'un enfant coûte cher. Toujours relatif à un aspect matériel, on trouve le manque d'aides financières données par l'état ou encore le manque d'équipements collectifs. Le dernier argument, tout de même partagé par près de la moitié des sujets, est celui qui consiste à penser qu'avoir des enfants est sources de contraintes.

Il reste intéressant d'observer dans quelle proportion ils sont d'accord avec les idées suivantes (Tableau 14) :

- La conjoncture économique actuelle est mauvaise et n'aide pas à vouloir des enfants : 36.5% des sujets (37.2% des femmes et 35.6% des hommes)
- Avoir des enfants coûte cher : 20.8% des sujets (13.7% des femmes et 28.9% des hommes)
- Il n'y a pas assez d'aides financières pour élever des enfants : 25% des sujets (33.3% des femmes et 31.1% des hommes)
- Il manque d'équipements dans notre société pour accompagner les parents dans leur rôle (crèches, ...) : 31.2% des sujets (31.4% des femmes et 31.1% des hommes)
- Avoir des enfants c'est trop de contraintes : 20.8% des sujets (13.7% des femmes et 28.9% des hommes)

	INFERTILES	FEMMES INFERTILES	HOMMES INFERTILES
Contraintes	20.8	13.7	28.9
Coût	25	29.4	20
Occupation	29.1	23.5	35.6
Incertitudes	36.5	37.2	35.6
Aides	25	19.6	31.1
Equipements	31.2	31.4	31.1

TABEAU 14 : REPARTITION DES SUJETS EN FONCTION DE LEUR GENRE ET DE LEUR APPARTENANCE OU NON AU GROUPE CLINIQUE EN CE QUI CONCERNE LES CONDITIONS NEGATIVES A LA VENUE D'UN ENFANT

En général, quel que soit le sexe, ils voient moins d'inconvénient à avoir un enfant (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les différences ne sont, toutefois, pas significatives à l'exception des aides ($W=1115.5$, $p=0.04$).

En général, ce sont les femmes qui voient le moins d'inconvénients à avoir un enfant (Figure 26). Les hommes sont effectivement plus nombreux à penser que c'est source de contraintes (28.9% pour 13.7%), que c'est difficile de s'occuper de plusieurs enfants (35.6% pour 23.5%) et qu'il n'y a pas assez d'aides pour les élever (31.1% pour 19.6%) (cf. tableau 14, page précédente). Entre les femmes et les hommes, les différences ne sont là non plus pas significatives. On observe, néanmoins, une différence significative entre eux, ($\chi^2=7.1789$, $p=0.03$) sur l'idée dissuasive qu'il ne soit pas évident de s'occuper de plusieurs enfants.

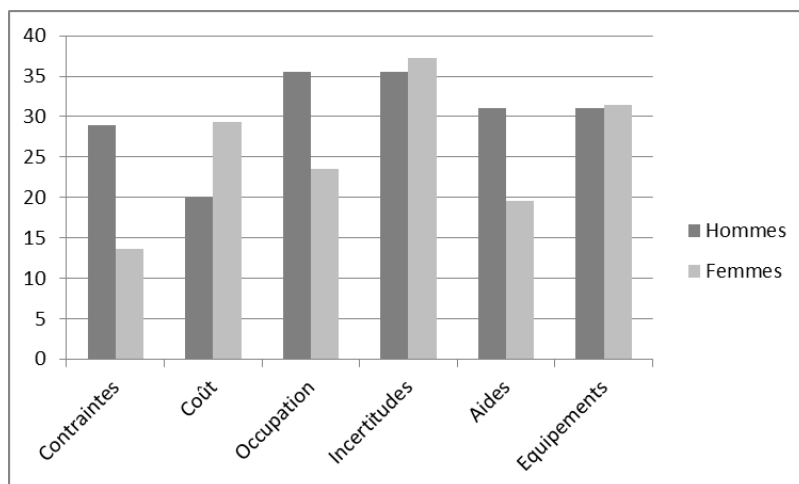


FIGURE 26 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DES SUJETS EN TERMES DE CONDITIONS EN FONCTION DU GENRE

4 APPREHENSIONS DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA ET RETOURS D'EXPERIENCES DIFFICILES QU'ILS ONT REÇU DE LEUR ENTOURAGE

HYPOTHESE GENERALE 3 : Les individus consultant en centre de PMA appréhenderaient davantage la grossesse, l'accouchement et la parentalité d'autant plus qu'ils auraient eu un retour d'expérience difficile de la part de leurs propres parents à ce sujet.

4.1 APPREHENSIONS LIEES A LA GROSSESSE ET A L'ACCOUCHEMENT

La majorité des sujets infertiles n'appréhende pas les modifications corporelles liées à la grossesse (61.5%), surtout les hommes ($\chi^2=1.7793$, $p=0.41$). Dans l'échantillon, 14.6% expriment une forte appréhension et 24% une appréhension moyenne.

Il est intéressant maintenant de constater l'appréhension des sujets cette fois-ci relative à la santé de la mère et de l'enfant et non pas relative aux modifications corporelles comme il a pu être vu précédemment. La majorité des sujets consultant en centre de PMA (60.4%) appréhende qu'il y ait, à cause de la grossesse et/ou de l'accouchement, des complications pour la mère. La majorité (56.3%), 62.2% des hommes et 51% des femmes ($\chi^2=1.8731$, $p=0.4$), appréhende que la grossesse et/ou l'accouchement amène des complications pour l'enfant.

Les hommes sont très nombreux à appréhender des complications pour la mère, plus que pour l'enfant (80% vs. 62.2%) ($W=831$, $p=0.07$). En revanche, les femmes appréhendent plus pour l'enfant que pour elles (51% vs. 43.1%).

Plus les sujets sont jeunes, plus ils semblent avoir cette appréhension, avec un pic entre 30 et 35 ans. A partir de 35 ans, ils en ont moins peur. L'appréhension quant à la santé de l'enfant semble plus importante pour les sujets qui en sont à leur quatrième ou à leur cinquième tentative. Elle est aussi assez forte pour les sujets qui en sont à leur troisième tentative. Il en est sensiblement de même pour ce qui est de l'appréhension pour la santé de la mère. Il n'a, toutefois, au cours de cette étude pas été constaté de relation significative entre le nombre de tentative, d'une part, et l'âge, d'autre part, avec le niveau d'appréhension, quel qu'il soit.

A noter que la majorité des sujets, quel que soit le sexe, connaît quelqu'un de son entourage qui a ou a eu des difficultés à avoir un enfant (57.4%). Les femmes sont plus nombreuses à connaître quelqu'un qui a des difficultés à avoir des enfants (58.8% chez les femmes, 55.8% chez les hommes).

4.2 REPRESENTATIONS PARENTALES

La plupart des sujets pense que leurs parents désiraient avoir des enfants, le désir de leur mère étant perçu comme moins élevé (83.3%) que celui de leur père (85.4%) ($W=4165$, $p=0.5365$). Le désir de devenir grand-parent est perçu comme plus fort. Aussi bien les hommes que les femmes pensent que leur parents ont très envie de devenir grand parents. Les hommes du groupe consultant en centre de PMA perçoivent un désir aussi fort chez leur mère que chez leur père (environ 86.6% pour chacun). Les femmes perçoivent un désir plus fort chez leur père que chez leur mère (84.3% contre 80.4%) ($W=1356.5$, $p=0.6$). Les différences observées n'apparaissent, cependant, pas significatives.

Beaucoup de sujets (62.5%) indiquent que leur mère leur a déjà parlé de leur grossesse, principalement comme d'une période agréable (65.6%), une bonne proportion (18.7%) la décrivant, toutefois, comme désagréable, surtout du côté des femmes. 19.6% d'entre elles rapportent que cela a été une période moyennement agréable pour leur mère, contre 11.1% des hommes ($\chi^2=4.0854$, $p=0.13$). On note que la majorité des sujets n'a pas eu connaissance de fausses couches spontanées (76%) ou d'ivg (93.7%) subies par leur mère. Néanmoins, lorsque les sujets rapportent ce type d'expériences, ils ne semblent pas davantage appréhender la grossesse ainsi que l'accouchement. En effet aucun individu relatant une fausse couche ou un IVG chez leur mère ne disent appréhender la grossesse ainsi que l'accouchement, ni pour la mère ni pour l'enfant.

Ce sont les femmes qui rapportent plus ce genre d'expérience de la part de leur mère, que ne le font les hommes. Ce sont, d'ailleurs, les femmes qui affirment davantage avoir pu communiquer avec leur mère de la grossesse de cette dernière (70.6% vs. 53.3%, $\chi^2=2.3453$, $p=0.13$) ; ce qui peut expliquer qu'elles aient davantage connaissance de complications ou de ce type de vécu. Elles sont, en ce sens, plus nombreuses à faire part d'une fausse couche (33.3% vs. 13.3%, $\chi^2=5.3971$, $p=0.07$) ou d'une IVG (9.8% vs. 2.2%, F , $p=0.33$) subie par leur mère.

Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de différence significative de l'appréhension en fonction de fausses couches de la mère. Il en est de même relativement au recours antérieur de leur

mère à l'IVG, à leur vécu de la grossesse et de l'accouchement ou encore à leur communication quant à celle-ci.

Une grande majorité (87.5%) des sujets a l'impression qu'élever des enfants a été, pour leur mère, une source de satisfaction. Cependant, ils sont moins nombreux (83.3%) à voir cette même satisfaction chez leur père, même si le niveau est tout de même important ($W=4422$, $p=0.43$). Il est intéressant de noter que ce sont surtout les hommes qui pensent que leur mère a été satisfaite (88.9% vs. 86.3%, F , $p=0.54$) et les désirait (95.6% vs 94.1%, F , $p=1$) alors que ce sont surtout les femmes qui pensent la même chose pour leur père (86.3% vs. 80%, F , $p=0.25$ pour la satisfaction), ainsi que pour le désir (94.1% vs. 93.3%, F , $p=0.84$). De même, le degré de désir perçu apparaît moins élevé que celui de leur satisfaction. Ce sont les femmes qui ont le sentiment que leur mère a vécu leur grossesse comme une période agréable, les femmes étant plus sceptiques (68.6% vs 62.2%, $\chi^2=4.0854$, $p=0.13$).

5 VECU CORPOREL DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

HYPOTHESE GENERALE 4 : Les individus consultant en centre de PMA seraient davantage insatisfaits de leur apparence corporelle, d'autant plus parmi les femmes.

5.1 PERCEPTION QU'ONT LES SUJETS DE LEUR APPARENCE PHYSIQUE EN GLOBALITE

La majorité de l'échantillon (72.9%) se dit attentive à son apparence physique, surtout les femmes (F , $p=0.39$). Ils sont moins nombreux à se dire attentifs aux regards extérieurs (36.5%). Ce sont, néanmoins, plus les hommes qui accordent de l'importance à leur apparence physique (60% vs. 56.9%, $\chi^2=1.3721$, $p=0.5$)

Davantage satisfaits de l'apparence physique de leur partenaire, les sujets sont moins satisfait de la leur (85.4% vs. 55.2%, $W=6055$, $p<10^{-5}$). Etrangement, ce sont surtout les femmes qui sont plus satisfaites que les hommes (56.8% vs. 53.3%, $\chi^2=0.4185$, $p=0.81$).

Mais peu (21.9%) disent, finalement, se comparer aux autres. Ce sont les femmes qui, accordant plus d'attention aux regards extérieurs, se comparent davantage aux autres sur le plan physique (31.4%). Les hommes se comparent peu ou pas du tout (24.4%). Il est intéressant d'observer que les hommes sont plus satisfaits de l'apparence de leur compagne que l'inverse (86.7% vs 84.3%, $F, p=0.6$). Les femmes sont en général plus critiques. Plus de femmes sont faiblement satisfaites de l'apparence de leur partenaire (3.9% pour aucun homme).

5.2 PERCEPTION QU'ON LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA DE LEUR BEAUTE

On ne trouve que 33.3% des hommes et 35.3% des femmes qui se trouvent beaux. Dans l'échantillon, 15.6% des hommes et 15.7% des femmes ne se trouvent que peu ou pas attirants. On ne trouve que peu de différences selon le sexe. On voit qu'une grande majorité ne se trouvent que moyennement beaux.

5.3 SATISFACTION VIS-A-VIS DE LEUR POIDS

Parmi les sujets, 63.5% ne sont que peu ou pas satisfaits de leur poids. On ne trouve que 36.5% des sujets qui s'en disent satisfaits. Ainsi, 41.2% des femmes et 31.1% des hommes se disent satisfait ($\chi^2=3.1362, p=0.21$).

S'observe une volonté de perte de poids pour 39.6% des sujets, surtout en ce qui concerne les femmes (43.1% vs. 35.6%, $\chi^2=1.2256, p=0.54$). On en trouve beaucoup (24%) qui ont peur d'en prendre. Cette crainte touche davantage les hommes (26.7% vs 21.7%, $\chi^2=1.8322, p=0.4$). Mais il apparaît aussi que les hommes sont plus nombreux à vouloir prendre du poids (8.9% vs. 2%, $F, p=0.05$) que les femmes.

5.4 SATISFACTION PARTIELLE (PARTIES DU CORPS)

Lorsque l'on s'intéresse davantage aux parties du corps, on trouve d'autres résultats intéressants. Les hommes et les femmes sont relativement satisfaits de leur visage (60% et

58.9%, respectivement). Concernant la poitrine, ce sont les femmes qui n'en sont pas satisfaites (49%). La majorité des hommes (73.3%) en est peu ou moyennement satisfait. Concernant la taille, la majorité des sujets ne souhaiterait pas être plus grand ou plus petit (58.3%). On trouve, néanmoins, 28.9% d'hommes et 23.5% de femmes qui souhaitent être plus grand ou plus petit.

5.5 DESIRS DE MINCEUR, DE TONICITE ET DE VOLUME MUSCULAIRE

En ce qui concerne la minceur, on a pu constater que c'était un désir surtout féminin. Il n'y a que pour le ventre que les hommes infertiles étaient plus nombreux à désirer qu'il soit plus mince (79.5% vs 56.9%, $\chi^2=4.5447$, $p=0.03$), même si les femmes étaient aussi très nombreuses. Ils désirent aussi plus que les femmes que leur ventre soit plus tonique (69.8% vs 66%, $\chi^2=0.0272$, $p=0.87$) de même que gagner en volume musculaire. Les femmes ne paraissent pas du tout intéressées par cela, sauf quand il s'agit d'avoir une poitrine plus volumineuse. Les hommes, eux, sont intéressés par prendre du volume musculaire au niveau des épaules ($\chi^2= 6.0103$, $p=0.01$), des bras ($\chi^2=11.3075$, $p<0.01$), des fesses (odds ratio=5.39, $p=0.04$) et des cuisses (odds ratio=10.95, $p=0.01$). Par ailleurs, on observe une différence significative selon le genre en ce qui concerne le désir de mincir des cuisses (50% chez les femmes et 22.8% chez les hommes, $\chi^2=6.3275$, $p=0.01$) ce qui est en accord avec le désir de ne pas avoir des cuisses plus volumineuses (81.4% chez les hommes, et 98% chez les femmes) (odds ratio=10.9554, $p=0.01$). Les résultats montrent, également que les femmes sont plus nombreuses à désirer mincir des mollets (35.3% chez les femmes et 6.8% chez les hommes, $\chi^2=9.5315$, $p=0.002$).

5.5.1 DESIRS DE MINCEUR

Quel que soit le sexe, les sujets aimeraient surtout mincir du ventre (67.4%), surtout les hommes (79.5% vs 56.9%). Pour ce qui est de toutes les autres zones, ce sont les femmes qui sont plus nombreuses à désirer qu'elles soient plus minces (tableau 15).

ORDRE	HOMMES	POURCENTAGE	FEMMES	POURCENTAGE
1	Ventre	79.5	Ventre	56.9
2	Hanches	40.9	Hanches	52.9
3	Cuisses	22.7	Cuisses	50
4	Fesses	15.9	Mollets	35.3
5	Poitrine	11.6	Fesses	29.4
6	Bras	9	Bras	25.5
7	Epaules	6.8	Epaules	19.6
8	Mollet	6.8	Poitrine	17.6

TABEAU 15 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DES SUJETS EN FONCTION DE LEUR SEXE ET DE LEURS DESIRS DE MINCEUR (PAR ZONE CORPORELLE)

5.5.2 DESIRS DE TONICITE MUSCULAIRE

Les femmes ont plus envie d'être toniques des fesses, des hanches et des cuisses que les hommes. Ces derniers sont plus intéressés à gagner en **tonicité** musculaire pour les zones suivantes : épaules, de la poitrine, du ventre et des mollets.

ORDRE	HOMMES	POURCENTAGE	FEMMES	POURCENTAGE
1	Ventre	69.8	Cuisses	70
2	Mollets	58.1	Ventre	66
3	Cuisses	55.8	Fesses	60
4	Bras	53.5	Bras	54
5	Fesses	44.2	Mollets	48
6	Poitrine	44.2	Poitrine	42
7	Epaules	34.9	Hanches	36
8	Hanches	20.9	Epaules	30

TABEAU 16 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DES SUJETS EN FONCTION DE LEUR SEXE ET DE LEURS DESIRS DE TONICITE MUSCULAIRE (PAR ZONE CORPORELLE)

5.5.3 DESIRS DE VOLUME MUSCULAIRE

Sauf pour ce qui est de la poitrine, où les femmes infertiles sont plus nombreuses que les hommes infertiles à vouloir gagner en **volume**, pour les autres zones, ce sont les hommes

qui ont ce désir. Ce sont surtout les hommes infertiles qui souhaitent avoir des muscles plus volumineux pour chacune de ces zones, sauf pour ce qui est des pectoraux.

ORDRE	HOMMES	POURCENTAGE	FEMMES	POURCENTAGE
1	Bras	32.5	Poitrine	30
2	Epaules	23.3	Mollets	10
3	Poitrine	18.6	Epaules	4
4	Fesses	18.6	Bras	4
5	Mollets	18.6	Fesses	4
6	Cuisses	18.6	Hanches	4
7	Ventre	7	Ventre	2
8	Hanches	4.6	Cuisses	2

TABLEAU 17 : REPARTITION (EN POURCENTAGES) DES SUJETS EN FONCTION DE LEUR SEXE ET DE LEURS DESIRS DE VOLUME MUSCULAIRE (PAR ZONE CORPORELLE)

6 COMPORTEMENTS COMPENSATOIRES ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Hypothèse générale 5 : Les individus consultant en centre de PMA présenteraient pour certains des comportements compensatoires et des troubles du comportement alimentaire, d'autant plus parmi les femmes.

6.1 COMPORTEMENTS COMPENSATOIRES EMPLOYES PAR LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Les comportements alimentaires ne semble pas avoir été modifiés ou en désir de l'être dans une perspective de modifier son corps, que ce soit au moyen d'un sport (73.6% n'en font pas) ou d'un nouveau régime alimentaire (50% ne font pas attention à leur alimentation).

Toutefois, une proportion non négligeable (30.2%) envisage d'entreprendre une activité sportive pour améliorer son corps. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à faire du sport (31.7% et 17.4% respectivement) ($F, p=0.14$) pour entretenir leur corps. Les femmes sont plus dans le désir d'entreprendre ce type de pratiques que dans l'action à proprement parler (27.4% et 17.6% respectivement).

6.2 TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRES PRESENTES PAR LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Parmi tous les questionnaires remplis, aucun n'a révélé l'existence de TCA cliniques ou subcliniques.

I DISCUSSION

Il n'est pas donné à tout individu de parvenir à concevoir naturellement un enfant. Ce type d'obstacle représente une épreuve pour les couples qui entreprennent des démarches de PMA. Non seulement, ce trajet s'accompagne souvent de difficultés relationnelles mais il fragilise aussi l'identité de chacun des partenaires. Hommes et femmes n'ont pas toujours la même façon d'appréhender et de vivre les épreuves. Il est aussi question de personnalité, d'histoire de vie et de vécu individuel. Le projet d'enfant consciemment ou inconsciemment établi dans l'esprit des sujets se trouve bouleversé, leur corps est soumis à de nombreux examens ainsi qu'à la question de son bon fonctionnement. Les questions du vécu corporel et de la nature du projet d'enfant chez les sujets consultant en centre de PMA constituent donc un enjeu important pour comprendre et améliorer le vécu des patients. Cette étude avait pour objectif de questionner les sujets sur ces thèmes, de recueillir leurs désirs, appréhensions, motivations et vécus.

Il était question de confirmer s'il existait une relation entre le fait de consulter en centre de PMA et les éléments suivants : projet d'enfant, vécu corporel et troubles du comportement alimentaire.

Les résultats seront discutés dans l'ordre dans lequel ils ont été présentés : informations générales, projet d'enfant, vécu corporel, comportements compensatoires puis troubles du comportement alimentaire.

Pour rappel, les hypothèses générales sont les suivantes :

- **HYPOTHESE GENERALE 1 :** La prise en charge en centre de PMA affecte la relation de couple, la fragilisant avec l'augmentation du nombre de tentatives.
- **HYPOTHESE GENERALE 2 :** Les femmes consultant en centre de PMA investiraient plus le projet d'enfant que les hommes ne le feraient et exprimeraient davantage d'insatisfaction si celui-ci ne se réalisait pas.

- **HYPOTHESE GENERALE 3 :** Les individus consultant en centre de PMA appréhenderaient davantage la grossesse, l'accouchement et la parentalité d'autant plus qu'ils auraient eu un retour d'expérience difficile de la part de leurs propres parents à ce sujet.
- **HYPOTHESE GENERALE 4 :** Les individus consultant en centre de PMA seraient davantage insatisfaits de leur apparence corporelle, d'autant plus parmi les femmes.
- **HYPOTHESE GENERALE 5 :** Les individus consultant en centre de PMA présenteraient pour certains des troubles du comportement alimentaire, d'autant plus parmi les femmes.

Avant de discuter les résultats relatifs aux hypothèses énoncées ci-dessus, il peut être intéressant de discuter quelques caractéristiques des échantillons de l'étude.

1 CARACTERISTIQUES PHYSIQUES, SOCIODEMOGRAPHIQUES ET MEDICALES DES ECHANTILLONS ANALYSES DANS LE CADRE DE CETTE ETUDE

1.1 INFLUENCE DE L'AGE, DE L'IMC ET DU GENRE SUR LES RESULTATS

Les études précédentes montrent que le poids joue un rôle important dans la satisfaction que les femmes ont de leur corps (Muth & Cash, 1997). Aussi, chez les femmes infertiles, il est important de prendre en compte que le fait d'être sous traitement hormonal pourrait influencer négativement leur perception (Clinique Générale Beaulieu, 2012).

1.2 INFLUENCE DU PAYS D'ORIGINE SUR LES RESULTATS

On remarque que beaucoup de sujets interrogés dans le CHU Jean Verdier de Bondy ne sont pas nés en France, beaucoup étant nés en Afrique du Nord. La culture peut avoir un impact sur les représentations des sujets. En fonction des modèles qu'ils ont reçus, que ce soit en matière de mariage, de projet d'enfant ou de vécu corporel, cela peut influencer en partie leurs choix et intentions.

1.3 INFLUENCE DE LA SITUATION MATRIMONIALE SUR LES DIFFERENCES OBSERVEES

On trouve beaucoup de sujets mariés ou en couple. Ceci s'explique aisément par le fait, qu'au moment de la passation, en France, les couples entreprenant une démarche de PMA devaient obligatoirement être en couple depuis au moins deux ans. Il est ici mesuré que 17% des sujets interrogés ont déjà un enfant. A savoir qu'il arrive souvent que des couples ayant déjà eu un enfant soient confronté à un problème ou à un retard de conception pour le deuxième (Almeida, Müller Nix, Germond, & Ansermet, 2002). Il arrive aussi, qu'avec des remariages et de nouvelles unions, un des membres du couple ait déjà eu un (des) enfant(s) d'une précédente union, ce qui peut expliquer ce résultat.

1.4 RAISON DE LA VENUE DES SUJETS DANS LE CENTRE

La plupart des sujets vient pour un diagnostic d'infertilité ou pour un traitement. On constate dans l'échantillon que 14.3% de sujets viennent pour donner leurs ovocytes ou congeler des paillettes en raison du cancer d'un des membres du couple. Les résultats de cette étude concernent les sujets consultant en centre de PMA, dont une grande partie est infertile.

1.5 NOMBRE DE TENTATIVES D'AMP REALISEES

Dans l'étude présentée ici, 18.7% des sujets n'ont encore entrepris aucune tentative. On trouve, en outre, 20.8% de sujets pour qui cela fait cinq tentatives ou plus. Les sujets n'ont

pas tous le même parcours. Ils ont une expérience plus ou moins longue de l'AMP, ce qu'il est important à prendre en considération quand on analyse les résultats, sachant que l'on retrouve souvent un pic de sentiments dépressifs aux alentours de trois ans de prise en charge. Ils sont moins importants en début de prise en charge où l'espoir est encore très présent et en fin de prise en charge où les sujets concevraient davantage d'autres projets tels que l'adoption (Goëb et al., 2006).

Même s'il aurait été intéressant de comparer les résultats en fonction du nombre de tentatives, cela a été empêché par le manque de sujet dans chaque sous-groupe. Il serait néanmoins très intéressant de pouvoir le réaliser dans le cadre d'une étude qui demanderait plus de moyens humains, temporels voire financiers pour obtenir plus de sujets dans chaque catégorie. Le vécu peut largement différer selon que les sujets soient en début, en milieu ou en fin de prise en charge. Ce vécu peut aussi changer selon l'action qu'ils viennent réaliser au moment de la passation du questionnaire ou de l'origine de l'infertilité.

1.6 ORIGINE DE L'INFERTILITE

On trouve 16.2% de sujets dont l'infertilité est d'origine inexpliquée, autrement nommée idiopathique, sans que l'on ait pu déceler de raison médicale chez l'homme ou la femme. Ceci semble correspondre aux résultats de la littérature. Il en est de même pour la proportion d'infertilité d'origines masculine, féminine ou mixte (La Rochebrochard, 2003; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2006; Thonneau et al., 1991).

2 PRISE EN CHARGE EN CENTRE DE PMA ET RELATION DE COUPLE

HYPOTHESE GENERALE 1 : La prise en charge en centre de PMA affecte la relation de couple, la fragilisant avec l'augmentation du nombre de tentatives

Une importante proportion de sujets est satisfaite de sa relation de couple (88.5%). Confrontés à une réelle crise de vie, ils voient leur couple soit renforcé soit fragilisé (Coëffin-Driol & Giami, 2004). Cela varie notamment en fonction de leur mode de communication, de la réaction de chacun, de la durée de la prise en charge, du nombre de tentatives infructueuses, du degré de culpabilité et de l'agressivité de chacun. On sait que lorsque les femmes en veulent beaucoup à leur conjoint de ne pas leur donner d'enfant et leur font savoir en étant agressives, le couple est souvent plus en difficulté (Coëffin-Driol & Giami, 2004).

Les résultats de cette étude montre que la relation de couple apparaît meilleure (91.2% vs 83.3%) lorsque l'infertilité est d'origine féminine ce qui paraît conforme aux résultats publiés dans des études précédentes qui suggère que lorsque c'est l'homme qui est à l'origine de l'infertilité, certaines femmes le vivent mal et, de par les conflits qui peuvent en naître, leur couple peut être mis en difficulté (Ohl et al., 2009).

	<p style="text-align: center;">SYNTHESE</p> <p>La majorité des sujets se dit satisfait de sa relation de couple. Elle apparaît moins bonne à la deuxième et troisième tentative mais sans ce ne soit significatif. De même en ce qui concerne l'effet de l'origine de l'infertilité, notamment quand on observe que la relation s'avère meilleure lorsque l'origine est féminine.</p>	
--	--	--

3 PROJET D'ENFANT DES INDIVIDUS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

HYPOTHESE GENERALE 2 : Les femmes consultant en centre de PMA investiraient plus le projet d'enfant que les hommes ne le feraient et exprimeraient davantage d'insatisfaction si celui-ci ne se réalisait pas

3.1 DESIRS, INTENTIONS ET VECUS LIES AU PROJET D'ENFANT DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

3.1.1 DESIR D'ENFANT ET AGE IDEAL POUR AVOIR UN ENFANT DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

La grande majorité des sujets consultant en centre de PMA dit vouloir des enfants, ce qui est un résultat attendu. Ils sont pris en charge dans cet objectif. Ils veulent leur premier enfant majoritairement entre 25 et 29 ans. Il s'agit effectivement d'une tranche d'âge souvent admise comme idéale et donc, désirée. C'est tout à fait en accord avec les précédentes études (Régnier-Loilier, 2007). Aussi, constate-t-on que la majorité a débuté les tentatives dans la tranche d'âge qui était idéale pour eux ; leurs comportements en matière de parentalité étant en accord avec leurs intentions sans que ceux-ci n'aient pu aboutir pour le moment à une conception.

On observe que les femmes souhaitent avoir des enfants plus tôt que les hommes. Il est possible que les femmes aient davantage conscience que leur fertilité a une limite. Par ailleurs, on peut émettre l'hypothèse que les hommes se sentiraient prêts plus tard que les femmes à avoir un enfant. Ils pourraient notamment avoir envie de privilégier une certaine liberté ou encore leur vie professionnelle (Geary, 1998) .

3.1.2 AGE DE DEBUT DES TENTATIVES DE PROCREATION NATURELLE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

La majorité des sujets a commencé à vouloir procréer entre 25 et 29 ans, à un âge où la fertilité n'est pas encore censée avoir trop baissée. L'hypofertilité due à l'âge ne semble pas être la raison prioritaire des consultations en centre de PMA dans le cadre de cette étude. Beaucoup de sujet ont également commencé les tentatives dans les tranches d'âges avant 25 ans et après 29 ans. On trouve 18.4% de sujets ayant débuté après 35 ans, un âge où la fertilité baisse en général déjà nettement. Pour ces derniers, il est possible qu'ils aient voulu être dans de bonnes conditions avant de fonder une famille, notamment pour ce qui est des conditions matérielles ou le fait d'avoir trouvé le partenaire idéal avant de concevoir un enfant (Parnot et al., 2007).

3.1.3 ÂGE LIMITE POUR AVOIR UN ENFANT SELON LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Les hommes sont plus nombreux à faire part d'une limite d'âge qu'ils ne désirent pas franchir, ce qui est surprenant puisque la ménopause arrive plus précocement que l'andropause. D'ailleurs, parmi les sujets qui se sont donné une limite, les femmes se donnent une échéance plus rapprochée que ne le font les hommes. Par ailleurs, elles accordent une plus grande importance au fait d'avoir un enfant, sans quoi elles sont nombreuses à dire qu'elles seraient extrêmement déçues. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes investiraient davantage la parentalité. Les résultats iraient dans ce sens sachant qu'il paraît important pour une majorité de femmes de devenir mère un jour (Geary, 1998).

3.1.4 NOMBRE D'ENFANTS QUE LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA DESIRENT AVOIR

La majorité des sujets souhaite avoir 2 enfants. Si l'on prend les résultats en matière d'intention de fécondité et de nombre d'enfant désiré en moyenne en France, on trouve la prédominance du modèle familial avec deux enfants par foyer (Régnier-Loilier et al., 2011; Régnier-Loilier, 2007), ce qui ne diffère pas du désir.

3.1.5 PERCEPTION DU DESIR D'ENFANT QUE LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA ONT DE LEUR PARTENAIRE

Le désir d'enfant des sujets a été questionné. Il est aussi paru intéressant de les interroger sur la perception du désir d'enfant que les sujets infertiles avaient de leur partenaire. Les résultats montrent que certains ne percevaient chez l'autre qu'un moindre désir d'avoir des enfants. On aurait pu penser que le désir perçu aurait été fort aussi bien chez le sujet que chez le partenaire et que la démarche d'AMP se serait basée sur une envie et un accord mutuels. Une forte majorité de sujets a d'ailleurs déclaré que c'était l'une des conditions les plus importantes avant d'avoir un enfant. Il apparaît dans la littérature que les attentes ne sont pas forcément les mêmes que l'on soit une femme ou un homme (Nicole-Drancourt, 1989), ce qui peut influencer la perception des sujets quant aux désirs et attentes de leur partenaire.

Sachant que certains ont déjà des enfants ou ne placent pas la même importance dans leur vie dans le fait de devenir parent, on peut, comprendre que le désir ne soit pas fort chez les deux partenaires. Mais là, il s'agit du désir perçu de l'autre dans le couple. Peut-être que certains pensent ne pas être totalement suivis dans leur propre désir d'AMP, s'agissant d'une démarche moins naturelle et éprouvante aussi bien pour le couple que sur le plan personnel. On observe souvent un sentiment de solitude chez les sujets, les femmes le déclarant davantage ce qui n'empêche pas les hommes de souvent se sentir exclus de la prise en charge (Allard, Séjourné, & Chabrol, 2007; Monique Bydlowski, 2006; Cailleau, 2005; Cauvin, 2007; Flis-Trèves & Gellman, 2003; Hopker-Azemar, 2011; Jaoul et al., 2009; Lacombe, 2005; Ravez, 2009). Le fait de ne pas se sentir soutenu peut être en cause,

notamment lorsque le désir d'enfant perçu chez le compagnon et celui ressenti par la femme ne sont pas au même niveau. L'accord entre partenaires, sans être total, reste toutefois majoritairement présent. Ceci montre bien la volonté mutuelle des couples ayant participé à cette étude à s'engager dans ce type de procédure, malgré les difficultés (Galhardo, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2011).

3.1.6 DESIR DE PARENTALITE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Le désir de parentalité, tout comme le désir d'enfant, est fort chez la majorité des sujets. On peut de nouveau émettre l'hypothèse que ce plus fort désir de parentalité est à rapporter au fait que les sujets infertiles sont en difficulté dans la réalisation de ce désir.

3.1.7 DESIR DE GROSSESSE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Tout comme pour le désir d'enfant ou de parentalité, la majorité des sujets a un fort désir de grossesse (88%). Il est, néanmoins, plus faible que les autres désirs cités précédemment, surtout en ce qui concerne les femmes. Ce résultat paraît intéressant, tout en laissant place à des interrogations. Approfondir cette question en entretien clinique pourrait être un complément intéressant.

On observe un nombre non négligeable de femmes qui a un désir plus mitigé voir faible. Ceci peut s'expliquer par les angoisses liées à la grossesse et/ou l'accouchement, d'autant plus qu'il s'agit d'une grossesse « précieuse ». On peut aussi penser que parmi les couples consultant en centre de PMA, toutes les femmes ne désirent pas comme leur partenaire cette grossesse. Beaucoup de femmes désirent avoir un enfant mais ne désirent pas spécialement être enceintes (Jean & Petit, 2013), pour toutes les contraintes et les risques que cela peut engendrer (attente, angoisses, douleurs, complications, ...). Ceci irait aussi dans le sens d'un désir urgent d'avoir l'enfant avec soi.

La question de l'infertilité amène à considérer que le désir de tomber enceinte est très fort car c'est cet espoir qui les anime à chaque cycle, à chaque tentative, la difficulté à avoir un

enfant augmentant cette envie. Pourtant, avoir envie de tomber enceinte n'implique pas forcément le fait d'avoir envie d'être enceinte, mais plus d'avoir la possibilité d'être mère d'un enfant et de l'élever. Comme il a été vu au cours de cette étude, il s'avère important de bien différencier les différents types de désir (de parentalité, d'enfant, de grossesse, ...) car, comme on le remarque ici, leur intensité varie et ces définitions diffèrent. Dans le discours des patients, malgré quelques confusions entre désir, besoin et demande, ces différences de désir apparaissent. Leur représentation et les craintes associées ne sont pas les mêmes.

3.1.8 ANTICIPATION DU RÔLE DE PARENT DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

La majorité des sujets infertiles s'est déjà imaginée dans le rôle de parent ; plus les femmes que les hommes. Le fait que les femmes s'imaginent davantage mère pourrait s'expliquer par le fait qu'elles ont plus tendance à appréhender les événements car plus anxieuses et préoccupées par l'avenir que ces derniers (Croson & Gneezy, 2009). Il se pourrait que les femmes se représentent davantage leur futur, d'autant plus leur rôle de mère, que les hommes. Ceci se comprend d'autant plus que le rôle de mère est perçu comme un rôle très important dans la vie d'une femme (Geary, 1998), valorisé voire normalisé par notre société (Coltrane, 2000a). Il est à noter que 8.5% des hommes consultant pour infertilité ne se sont que peu ou pas du tout imaginés dans ce rôle. Il est probable qu'ils soient plus dans une recherche de concret avant de se projeter, alors que les femmes se laisseraient davantage aller à la rêverie et à l'imagination de leur future interaction avec l'enfant désiré (Croson & Gneezy, 2009).

3.1.9 SENTIMENT QUANT À LA PARENTALITÉ DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

La majorité des sujets de cette étude se sent confiante à l'idée d'être parent (88%), surtout les hommes. Les femmes ont en général moins confiance en elles, anticipent plus, certes, mais plus négativement (Croson & Gneezy, 2009).

3.1.10 IMPORTANCE D'AVOIR UN ENFANT POUR LES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Pour trois quarts des sujets, les résultats tendent à montrer qu'il est important d'avoir un enfant pour avoir le sentiment d'avoir pleinement réussi sa vie. Il semblerait, que les femmes aient plus difficultés à renoncer à ce rôle social et à ce désir qu'est le fait de devenir mère et donc d'avoir des enfants. Il a été mis en évidence, que les femmes investissent plus que les hommes la parentalité (Geary, 1998). Cette difficulté à y renoncer peut être exacerbée chez les femmes infertiles. Même si les femmes s'épanouissent de plus en plus, également, par le travail et d'autres activités que l'éducation des enfants, c'est culturellement et inconsciemment encore très ancré et une étape « obligée » pour réussir sa vie de femme (Coltrane, 2000b).

En France, à la différence d'autres pays et d'autres cultures où le jugement peut parfois paraître plus réprobateur, le fait de ne pas avoir d'enfant reste souvent peu accepté ou du moins source de questionnements (Vinson, Mollen, & Smith, 2010). Les individus ne font pas toujours la différence entre les femmes qui n'ont pas pu et celles qui n'ont pas voulu en avoir. L'infertilité est un mal qui prend beaucoup de place dans la vie des couples concernés mais qui reste invisible aux yeux des autres, qui pensent alors que c'est un choix délibéré, donc marginal (Vinson et al., 2010). Un sentiment de culpabilité, d'échec voire de vide existentiel peut naître de cette absence de maternité, d'où des risques de dépression ou d'anxiété plus fortes chez elles, d'autant plus forts qu'elles accordent de l'importance à ce rôle dans leur vie (Alice D Domar, 2004). A ce sujet, il pourrait être intéressant de faire passer des questionnaires évaluant la dépression ou encore l'anxiété et de voir si les scores sont corrélés avec le degré d'importance que les sujets accordent au fait d'avoir un enfant pour se sentir épanouis dans leur vie.

3.1.11 CHANGEMENT D'AVIS ET DECEPTION SI ECHEC

Les résultats de l'étude présentée ici sont en accord avec les données de la littérature. En effet, les résultats montrent que ce sont surtout les femmes (98%) qui pensaient être déçues si elles ne parvenaient pas à avoir d'enfants (Alice D Domar, 2004). Elles accordent tellement d'importance au fait d'avoir un enfant que si elles n'y parvenaient pas, elles pensent qu'elles seraient très déçues. La différence observée entre hommes et femmes s'inscrit donc dans cette logique. Toutefois, on constate, quel que soit le sexe, que la majorité des sujets infertiles se dirait déçue d'un éventuel échec. Ceci paraît tout à fait légitime vu l'engagement en PMA qui implique d'eux un grand investissement et les espoirs nombreux et forts qu'ils fondent sur le fait de parvenir à réaliser leur désir de conception.

3.1.12 DESIR D'ADOPTION DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

On trouve 28.87% des sujets qui désireraient adopter ce qui s'expliquerait par le fait que, conscients d'avoir des difficultés à avoir des enfants ou de risquer ne jamais en avoir par eux-mêmes, l'adoption s'avèrerait être pour eux une solution supplémentaire pour fonder, une famille (Bourdet-Loubère & Mazoyer, 2011). Chez les sujets dont l'infertilité est idiopathique, ce désir d'adoption est moins fort. On peut se demander si, l'incertitude étant plus grande sur la véritable nature du problème, la projection vers l'avenir ne serait pas plus difficile à faire. On peut émettre l'hypothèse que ceux qui n'ont pas connaissance de cette origine ont plus de difficultés à faire le deuil de leur fécondité et, donc, seraient moins ouverts à l'adoption.

SYNTHESE

Il apparaît donc ici que, conformément à ce que l'on peut penser et à ce qu'ils expriment en venant consulter, les sujets interrogés ici sur leur projet d'enfant font part d'un fort désir d'enfant. Il est manifestement clair même s'il ne s'accompagne pas d'un aussi intense désir de grossesse, surtout parmi les femmes. Il est envisageable que l'envie d'avoir rapidement un enfant dans leur foyer ainsi que l'existence de préoccupations concernant les risques liés à la grossesse ne les encourage pas toujours à fortement désirer porter le bébé pendant neuf mois. On voit bien là l'importance qu'il y a à différencier désir d'enfant, de grossesse et de parentalité.

De même, on voit l'intérêt qu'il y a à recueillir leurs craintes, manques de confiance et niveau d'importance accordé au fait de concevoir un enfant afin d'avoir pleinement le sentiment d'avoir réussi leur vie. A ce sujet, les femmes se sont montrées plus préoccupées, ce qui va dans le sens des données de la littérature. Elles se projettent davantage dans leur rôle de mère mais elles ont moins confiance dans leurs capacités que les hommes. Même si les hommes ne sont pas forcément dénué d'inquiétudes ou de difficulté à vivre la situation, il le manifestent moins ou la gère mieux. Au-delà d'un investissement souvent plus important de la part des femmes de la fonction parentale, elles n'ont pas toujours les mêmes motivations que leurs partenaires, ce qu'il va être à présent judicieux d'approfondir.

3.2 MOTIVATIONS

3.2.1 MOTIVATIONS QUI POUSSENT A VOULOIR UN ENFANT

Parallèlement à un désir intense, on trouve dans le groupe interrogé de fortes motivations à avoir des enfants. Ceci paraît, encore une fois, cohérent et s'explique aisément par le fait qu'ils attendent impatiemment de pouvoir donner la vie. Ce projet est dans un désir de réalisation à court terme.

Il est intéressant de voir maintenant plus en détail les motivations qui poussent les sujets de l'étude à vouloir des enfants. Chez les sujets infertiles, dans l'ordre décroissant, les raisons qui poussent les sujets à vouloir des enfants sont :

1. L'idée qu'avoir un enfant apporte du bonheur
2. La volonté de donner la vie
3. La possibilité d'un prolongement de soi
4. L'accomplissement du couple que cela symbolise

Il est possible de se référer au tableau et à l'histogramme qui se trouvent dans la partie résultats, plus précisément dans la partie « Motivation subjectives à la parentalité ».

Les résultats suggèrent des différences concernant le sens que donnent les sujets au fait d'avoir un enfant, conformément aux résultats précédemment publié dans le cadre d'une étude portant sur la population générale (W.B. Miller et al., 2004). Les femmes sont plus nombreuses à penser qu'avoir un enfant apporte du bonheur. Les hommes, eux, sont plus nombreux que les femmes à être motivés par le fait de pouvoir donner la vie (91.3% vs 90.6%), tout en sachant que c'est une motivation largement partagée par les sujets infertiles quel que soit le sexe. L'accomplissement du couple est motivant pour les deux.

Plus que d'émettre une quelconque hypothèse ou explication, ce qui semble intéressant c'est de prendre en considération que donner la vie peut être perçu de façon différente selon que l'on soit un homme ou une femme. Certes, il s'agit de mettre au monde un enfant mais il peut aussi s'agir pour l'homme de donner de son patrimoine génétique, au travers de ses spermatozoïdes. Ce résultat renvoie à l'idée de l'investissement plus intense de la femme pour la parentalité (Belsky, Rovine, & Fish, 1989; Geary, 1998), ce qui inclurait l'expression de plus fortes motivations à avoir des enfants. Pour la femme, l'expression « donner la vie » peut s'assimiler à « mettre au monde » ou encore « accoucher ». La signification de l'expression « donner la vie » peut ainsi différer que l'on soit un homme ou une femme, en fonction de ses représentations. Bien que l'étude présentée ne permette pas de lever l'ambiguïté quant au sens donner à l'expression « donner la vie », en fonction du genre, cette différence de sens semble importante à prendre en considération. En ce qui concerne le fait que les sujets infertiles sont plus nombreux à penser qu'avoir un enfant permet au couple de s'accomplir, il est important de noter qu'ils sont tous en couples et que cela peut peser dans ce résultat.

3.2.2 VOLONTE D'ARRÊTER DE TRAVAILLER POUR ÉLEVER SES ENFANTS

Les sujets infertiles sont nombreux à avoir le désir d'arrêter de travailler pour élever leurs enfants, mais la majorité ne le ferait que ponctuellement. La majorité prendrait un congé de 6 mois à 1 an. En second choix, ce serait un congé inférieur à 6 mois. Les contraintes professionnelles sont, malgré le désir de profiter de l'enfant tant attendu, peut-être à considérer dans ce choix.

On observe, d'ailleurs, que les femmes sont davantage prêtes à arrêter de travailler pour élever leurs enfants que les hommes. Ceci est, effectivement, culturellement plus fréquent et accepté. Il existe de plus en plus d'hommes qui font ce choix mais ceci reste marginal et ne paraît pas toujours lié à une volonté (Merla, 2010).

3.2.3 PRIMAUTE DU TRAVAIL, DU COUPLE ET DE LA PARENTALITE

Autre point de comparaison intéressant en ce qui concerne les motivations : c'est de voir ce qui prime entre le travail, le couple et la parentalité. Il a été demandé aux sujets consultant en centre de PMA de situer ces objectifs de vie les uns par rapport aux autres. Les résultats montrent que pour ces sujets avoir un enfant prime sur la sphère professionnelle mais pas sur la vie de couple. Cela pourrait hypothétiquement s'expliquer par le fait que les sujets infertiles ont un fort désir d'enfant et que cela deviendrait la priorité mais qu'avant de concevoir, il vaut mieux être en couple ; que ce soit dans l'optique de le concevoir ou de l'élever (Kapitány & Spéder, 2012). En général, on se met en couple puis on fonde une famille, ce qui pourrait expliquer en partie ce primat du couple.

Le bonheur, motivation forte des couples qui souhaitent fonder une famille, semble davantage se trouver dans la réalisation personnelle que dans la réalisation professionnelle (Malpas & Lambert P.-Y, 1993; Márquez & Friemel, 2005; Márquez & Leon, 2012). Certes, lorsqu'il est bien vécu et source de gratifications, le travail peut apporter du bonheur mais il semble souvent vécu comme une contrainte et un temps précieux perdu en défaveur du temps passé au foyer. Ceci pourrait permettre de comprendre que le travail soit considéré comme moins important. Avoir un enfant fait partie de la sphère privée. Les couples consultant pour infertilité pouvant être fortement focalisés sur cette sphère, il paraît cohérent que le travail ne soit, majoritairement, pas ici la priorité. Ceci, notons-le toutefois, ne va pas à l'encontre de l'importance d'avoir une bonne stabilité professionnelle avant de concevoir. Même si le bonheur de fonder une famille prime sur la réussite professionnelle, il semble hautement nécessaire pour les sujets d'offrir à cet enfant les meilleures conditions de vie, également sur le plan matériel.

Les résultats montrent que, globalement, la parentalité prime sur la vie de couple. Parmi les sujets qui disent privilégier la vie de couple à la parentalité, la majorité d'entre eux pense qu'avoir une stabilité professionnelle est essentiel. Ils considèrent, néanmoins, que la parentalité est plus importante que la vie professionnelle. Ce dernier résultat laisse suggérer que la sphère professionnelle est prioritaire dans le temps mais pas dans l'absolu. Ceci peut se comprendre par le fait que, malgré un réel désir d'enfant, ce soit plus rassurant et même plus responsable de pouvoir assurer financièrement les meilleures conditions de vie pour

élever un enfant (Kapitány & Spéder, 2012). Cependant, ils ne pensent pas qu'il soit nécessaire d'arrêter de travailler ou de se mettre à mi-temps. Certaines conditions paraissent, effectivement, plus importantes à leurs yeux, que ce soit des conditions affectives ou matérielles favorisant ou non la mise en acte du projet d'enfant. Il est maintenant question, dans la suite de ce travail, d'étudier l'importance qu'ils accordent à ces conditions.

	<p style="text-align: center;">SYNTHESE</p> <p>Les sujets présentent de fortes motivations à avoir un enfant. Ils sont dans une vraie recherche de bonheur, d'autant plus les femmes. Les hommes eux sont plus nombreux à être satisfaits de pouvoir donner la vie. Ils se sentent souvent impuissant de ne pas pouvoir donner un enfant à leur partenaire.</p> <p>Il apparaît, également, qu'avoir un enfant prime pour eux sur la vie professionnelle mais pas sur la vie de couple. Les femmes, d'ailleurs, se montrent plus nombreuses à envisager d'arrêter de travailler pour élever leur enfant, du moins quelques mois. Ceci peut se comprendre aisément quand on connaît le parcours éprouvant qu'elles vivent lors de la prise en charge en PMA, mais aussi pour des raisons culturelles qui font que c'est encore souvent plus la femme qui se met au foyer ou prend un congé parental.</p>	
--	---	--

3.3 CONDITIONS JUGEES NECESSAIRES POUR LES SUJETS AVANT DE CONCEVOIR UN ENFANT

L'étude présentée ici a mis en évidence que la mise en pratique du projet d'enfant est conditionnée par certains facteurs de vie matériels et affectifs. Les conditions affectives ont paru être les plus importantes, que l'on soit un homme ou une femme. Même si l'on observe

peu de différences entre ces différents groupes, les questions du mariage, de la stabilité professionnelle, de l'arrêt de travail et des revenus partagent davantage.

3.3.1 DIFFERENCES LIEES AU GENRE CONCERNANT LES CONDITIONS JUGEES NECESSAIRES A LA VENUE D'UN ENFANT

Les femmes mettent plus d'importance à satisfaire ces conditions que les hommes. Cette différence s'observe surtout pour ce qui est de l'importance de faire des sacrifices, d'être disponible, d'être en bonne santé, d'avoir une certaine stabilité professionnelle mais aussi de couple, d'avoir un logement plus grand, d'être d'accord avec son partenaire et d'avoir réellement envie d'un enfant.

Les hommes, quant à eux, accordent plus d'importance à terminer les études. Les femmes, elles, de nature souvent exigeante, d'autant plus quand il s'agit d'avoir la responsabilité d'un enfant, seraient donc soucieuses d'être réellement prêtes à accueillir l'enfant (Baudelot, 2008).

Les sujets infertiles mettent beaucoup d'importance dans la plupart des conditions citées précédemment (sacrifices, disponibilité, bonne santé, stabilité du couple). Au-delà des difficultés physiologiques, la pression que provoque la nécessité de remplir ces conditions pourrait bloquer la réalisation du projet d'enfant ; sachant qu'il existe également une pression sociale à concevoir (Mazuy & Rozée, 2008). On peut voir aussi cette différence sous un autre angle : de par l'étape à laquelle ils sont et l'intérêt porté à la parentalité, probablement plus fort, ils pourraient avoir davantage conscience des réelles contraintes qu'il y a à élever un enfant et de l'importance des responsabilités liées à ce projet. Ils ont peut-être aussi dans leur entourage plus d'amis avec enfants, et pourraient donc être davantage conscients des conditions importantes à la réalisation du désir d'enfant.

3.3.2 CONDITIONS MATERIELLES NECESSAIRES A LA VENUE D'UN ENFANT

3.3.2.1 STABILITE PROFESSIONNELLE COMME CONDITION NECESSAIRE A LA VENUE D'UN ENFANT

Les sujets infertiles sont peu unanimes à penser que la stabilité professionnelle est essentielle à la venue d'un enfant. Ils ont peut-être conscience qu'il est souvent difficile de remplir toutes les conditions, surtout professionnelles, dans la société actuelle. L'urgence à avoir un enfant est tellement forte que la parentalité pourrait passer avant la stabilité professionnelle.

3.3.2.2 ARRET DE TRAVAIL COMME CONDITION NECESSAIRE A LA VENUE D'UN ENFANT

D'ans l'objectif de savoir si l'arrêt de travail était une condition à remplir avant d'avoir un enfant, la question : « Seriez-vous prêt(e) à arrêter votre activité professionnelle pour élever vos enfants ? » (avec pour échelle de réponses, un continuum allant de « jamais » à « toujours ») leur a été posée. Beaucoup se disaient prêts à le faire de façon non définitive, à court et moyen terme, surtout les femmes. A la question : « Selon vous, pour avoir un enfant, est-il important ou peu important que l'un des deux travaille à mi-temps ou arrête de travailler ? » (avec une échelle de réponses allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »), on remarque que la majorité des sujets ne pensent pas qu'ils soit essentiel de s'arrêter de travailler pour élever des enfants.

Ces deux questions ne font pas tout à fait référence à la même chose. La première interroge sur la possibilité de faire une pause temporaire, par anticipation, sans notion de contrainte. La seconde est située dans une liste de conditions qui pourraient réfréner l'idée de faire un enfant. Cette dernière question fait référence à une idée de nécessité, condition importante pour pouvoir avoir un enfant. Les femmes, plus nombreuses à se dire prêtes à faire une pause temporaire, pourraient ne pas y voir là-dedans une obligation ou une norme mais l'occasion de profiter un certain temps de la vie de parent et de l'enfant. Cette idée de norme pourrait, aller dans le sens du nombre plus important d'hommes infertiles que de femmes infertiles qui le verraient comme une condition importante. Ces résultats suggèrent que les hommes voudraient qu'eux-mêmes et/ou leur compagne puissent profiter pleinement de l'enfant qui a été tant attendu et désiré, cet événement primant alors sur le

maintien d'un temps plein pour les deux partenaires. Ceci peut s'expliquer par l'importance de profiter de cet enfant tant désiré et qui a été obtenu par des méthodes contraignantes.

3.3.2.3 REVENUS COMME CONDITION NECESSAIRE A LA VENUE D'UN ENFANT

Les sujets infertiles affirment, pour une partie d'entre eux, ne pas considérer les revenus comme un aspect important avant de faire un enfant. Ceci peut s'expliquer, en partie, par leurs propres situations, qui peuvent être de nature favorable, et leurs convictions personnelles où l'argent ne tiendrait pas une place importante comparé à des conditions plus affectives.

3.3.2.4 SITUATION ECONOMIQUE DU PAYS COMME CONDITION IMPORTANTE POUR LES SUJETS DANS LE CHOIX DE REALISER LEUR DESIR D'ENFANT

Parmi ce qui peut retarder ou empêcher le fait de fonder une famille, au-delà des facteurs biologiques et psychologiques plus ou moins présents chez les couples infertiles, on retrouve en premier la situation économique du pays qui, mauvaise, n'encouragerait pas les couples à vouloir enfanter (Philipov, 2009). Il serait intéressant, à ce sujet, de voir l'évolution des réponses avec une cohorte de sujets plus récente, sachant que la vision de la situation économique du pays a évolué depuis la passation des questionnaires.

3.3.2.5 COUT ET LES CONTRAINTES PROVOQUES PAR LA VENUE D'UN ENFANT

Beaucoup de sujets s'accordent à dire qu'un enfant « coûte cher » et que c'est une condition qui peut empêcher la réalisation du désir d'enfant. L'étude montre que ceci est relatif à un aspect matériel, au manque d'aides financières données par l'état ou encore d'équipements collectifs. Ceci peut s'avérer important pour les parents qui se sentent responsables d'élever au mieux leurs enfants (Régnier-Loilier et al., 2011). Le dernier argument, partagé par près de la moitié des sujets, est celui qui défend l'idée qu'avoir des enfants peut être source de contraintes. On peut comprendre que les couples infertiles, ayant un très fort désir conscient

d'enfant, relativise davantage cette idée. Ces derniers sont plus nombreux à penser qu'avoir un enfant est source de contraintes, que ceci coûte cher, qu'il y a trop d'incertitudes, trop peu d'aides et d'équipements dans notre société pour l'élever. Les sujets infertiles sont, quant à eux, dans une réelle intention de fonder une famille. Ils semblent avoir « pesé le pour et le contre » et avoir un désir plus fort que l'intensité de contraintes éventuelles.

3.3.3 CONDITIONS AFFECTIVES NECESSAIRES A LA VENUE D'UN ENFANT

Les résultats présentés montrent que les **conditions** affectives paraissent plus importantes que les matérielles. Toutefois, les conditions matérielles restent importantes pour la plupart des sujets. Le fait d'élever un enfant s'accompagne, pour les sujets, de la volonté de lui offrir les meilleures conditions de vie (Kapitány & Spéder, 2012). La priorité est d'être assez mûr et d'avoir vraiment envie d'un enfant. Suit le fait d'avoir une certaine stabilité de couple. Environ au même niveau, il paraît important d'avoir terminé ses études, puis d'avoir un travail stable et du temps à consacrer à l'enfant. Semblent moins déterminantes, mais pourtant partagées par beaucoup, le fait d'être prêt à faire des sacrifices, d'avoir assez de revenu, d'être en bonne santé et d'avoir un logement assez grand. Le mariage et le fait de se mettre en arrêt de travail ne sont pas des conditions qui ressortent comme importantes.

Le mariage n'apparaît, effectivement, pas comme une priorité pour la majorité des sujets interrogés. Quel que soit le sexe, ce n'est pas une condition sine qua non pour faire un enfant. On trouve plus de sujets pour qui le mariage est important dans la population infertile. Ceci peut s'expliquer par le nombre importants de personnes d'origine d'Afrique du Nord interrogées dans le CHU Jean Verdier de Bondy, pour qui ce pourrait, éventuellement, être une condition culturelle plus forte. Des entretiens complémentaires seraient, toutefois, nécessaires pour se prononcer assurément.

S'observe, ici, que ce sont davantage les femmes qui voient le moins d'inconvénients à avoir un enfant. Les hommes sont effectivement plus nombreux à penser que c'est source de contraintes, que c'est difficile de s'occuper de plusieurs enfants et qu'il n'y a pas assez

d'aides pour les élever. Les femmes, bien qu'étant plus dans l'appréhension, semblent voir davantage les points positifs au fait d'avoir un enfant et moins les contraintes. Ce résultat peut aller dans le sens de leur plus fort désir d'enfant ainsi que d'un plus grand investissement de la parentalité (Belsky et al., 1989; Geary, 1998). Mais comme dit plus haut, elles se montrent souvent plus en attente d'avoir un enfant mais aussi moins confiantes en leurs capacités de mère, appréhendant davantage l'avenir et tout ce qui peut avoir trait à la maternité. Il se montre donc utile d'approfondir la question de leurs appréhensions et plus précisément, ici, celles liées aux risques inhérents à la grossesse et à l'accouchement sources, souvent, d'anxiété et de questionnements.

	<p style="text-align: center;">SYNTHESE</p> <p>Les sujets interrogés disent avoir accordé de l'importance au respect de certaines conditions avant de devenir parents. Les conditions affectives (être mûr, avoir envie d'un enfant...) l'emportent sur les conditions matérielles (avoir un travail stable, avoir plus de revenus...). Les femmes de cette étude se montrent souvent plus nombreuses à y accorder de l'importance, investissant peut-être davantage la parentalité et éventuellement aussi plus préoccupées à atteindre des conditions idéales pour accueillir un enfant.</p>	
--	---	--

4 APPREHENSIONS DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA ET RETOURS D'EXPERIENCES DIFFICILES QU'ILS ONT REÇU DE LEUR ENTOURAGE

HYPOTHESE GENERALE 3 : Les individus consultant en centre de PMA appréhenderaient davantage la grossesse, l'accouchement et la parentalité d'autant plus qu'ils auraient eu un retour d'expérience difficile de la part de leurs propres parents à ce sujet

Il est question de mesurer les appréhensions des sujets relativement à plusieurs aspects : les modifications corporelles liées à la grossesse ainsi que les risques qui peuvent survenir pour l'enfant ou la mère au cours de la grossesse et de l'accouchement. Il s'agit aussi de voir si dans leur entourage, notamment leurs parents, des difficultés liées à la grossesse, à l'accouchement ou au fait de désirer/concevoir/avoir un enfant leur ont été communiquées. L'ensemble de ces informations peuvent, chez certaines personnes, se révéler anxiogènes montrant qu'avoir un enfant n'est pas forcément facile à réaliser ou à gérer.

4.1 APPREHENSIONS LIEES A LA GROSSESSE

4.1.1 APPREHENSIONS QUANT AUX MODIFICATIONS CORPORELLES LIEES A LA GROSSESSE

La majorité des sujets de cette étude n'appréhende pas les modifications corporelles liées à la grossesse. Les hommes n'appréhendent que faiblement les transformations corporelles liées à la grossesse de leur partenaire. Les femmes, quant à elles, sont beaucoup plus nombreuses que ces derniers à appréhender cet aspect, du moins moyennement. Ceci suggère une différence de perception de son apparence corporelle en fonction du genre et va dans le sens des résultats de la littérature qui mettent en évidence que ce sont davantage les femmes qui ont des préoccupations en ce qui concerne leur corps, que ne le font les hommes pour eux-mêmes et vis-à-vis de ces dernières (Feingold & Mazzella, 1998).

Il serait pertinent de questionner les sujets consultant en centre de PMA sur les raisons qui peuvent leur faire appréhender des changements corporels, notamment au moyen d'entretiens clinique ou de passation de questionnaires plus ciblés. Il pourrait, d'une part, y avoir un impact de l'infertilité sur la représentation et la perception de son corps, mais aussi un potentiel impact des traitements qui sont souvent non seulement intrusifs mais qui peuvent faire craindre aux femmes des prises de poids, des changements hormonaux voire des problèmes de santé plus grave (cancers, ...).

Il pourrait aussi être intéressant de voir si chez les femmes infertiles, l'appréhension liées aux transformations corporelles était déjà présente sous la forme d'une insatisfaction corporelle déjà présente. Dans le cas d'analyses qualitatives plus poussées, on pourrait voir si une problématique liée à l'image du corps se cache effectivement derrière certaines infertilité, dans la perspective des hypothèses déjà énoncée par Monique Bydlowski (M. Bydlowski, 1978).

4.1.2 SUJET DE L'APPREHENSION DES RISQUES DE SANTE LIES A LA GROSSESSE

La majorité des sujets appréhende que la grossesse ou l'accouchement amène des complications, que ce soit pour l'enfant ou pour la mère. Il est globalement connu que la grossesse et l'accouchement peuvent être des situations à risque (Blatgé, 2007), ce qui est confirmé par les résultats présentés dans cette étude. On observe d'ailleurs que plus ils sont jeunes, plus les sujets semblent avoir cette appréhension ; avec un pic entre 30 et 35 ans, puis moins de craintes après cet âge. Même si les risques paraissent souvent plus accrus à âges plus élevés, on peut se demander si cette tendance ne s'expliquerait pas par une éventuelle différence de maturité ou à l'acceptation plus forte de nouveaux projets de vie.

Concernant ces appréhensions, les résultats suggèrent des différences en fonction du genre. Les hommes ici interrogés sont nettement plus nombreux à se dire inquiets pour leur partenaire ; plus qu'elles ne le sont pour elles-mêmes. Elles sont plus nombreuses à se dire inquiètes pour l'enfant à venir, même s'ils sont, eux aussi, nombreux à se dire inquiets. Ils sont, toutefois, plus nombreux à appréhender pour leur partenaire. Le fait qu'ils se posent davantage de questions pour elles pourrait hypothétiquement s'expliquer par un lien plus

fort à cette dernière qu'à l'enfant programmé, ce dernier n'étant pas encore une personne concrète. Les résultats suggèrent que les hommes sont plus influencés dans cette crise de vie (Menning, 1975) par le bonheur qu'ils éprouvent en couple. Le bien-être de leur compagne apparaît comme essentiel à leur bien-être ; c'est en cela que leur image de soi se trouverait valorisée. Ce qui est souvent difficile à gérer pour eux c'est un fort sentiment d'impuissance de ne pouvoir permettre à leur compagne de réaliser leur désir de maternité. Culpabilité, honte, inadéquation personnelle et sexuelle accompagnant souvent ce sentiment (Coëffin-Driol & Giami, 2004; Sandlow, 2000).

Malgré l'impact de l'infertilité sur leur satisfaction sexuelle et en couple, la qualité de vie des hommes paraît globalement peu dégradée ; paraissant moins affectés que leurs partenaires par l'infertilité dans leur vie quotidienne. Leur bien-être ne semble pas forcément passer par la réalisation du désir d'enfant (Monga, Alexandrescu, Katz, Stein, & Ganiats, 2004).

En ce qui concerne les femmes, en revanche, leurs attentes se trouvent plus fortement projetées vers l'enfant (Geary, 1998), la crainte de ne pouvoir en avoir, de ne pouvoir devenir mère à leur tour influençant fondamentalement leur image d'elles-mêmes et les éloignant de l'image idéale, sociologiquement et fondamentalement ancrée (Coltrane, 2000a; Dennerstein & Morse, 1988). L'enjeu de la prise en charge peut aussi expliquer aussi grandement que les sujets de cette étude présentent de fortes craintes.

4.1.3 PRESENCE DANS L'ENTOURAGE DE PERSONNES AYANT OU AYANT EU DES DIFFICULTES A AVOIR UN ENFANT

Notons, enfin, que la majorité des sujets infertiles, quel que soit le sexe, connaît quelqu'un de son entourage qui a ou a eu des difficultés à avoir un enfant. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les couples infertiles, notamment en raison de leur problématique, ont peut-être déjà eu l'occasion de rencontrer des couples dans le même cas qu'eux (dans leur entourage et/ou au cours de leur parcours d'AMP).

4.2 REPRESENTATIONS PARENTALES

4.2.1 DISCUSSION SUR LA PERCEPTION DES SUJETS RELATIVEMENT AU DESIRS D'ENFANT DE LEURS PROPRES PARENTS

La plupart des sujets pense que leurs parents désiraient avoir des enfants, le désir de leur mère étant perçu comme moins élevé que celui de leur père. Ils pensent, aussi, que leurs parents ont très envie de devenir grand parents, encore une fois de façon plus importante chez leur mère que chez leur père. A noter qu'ils perçoivent un désir de devenir grands-parents plus fort que de devenir parents chez leurs propres parents. Ce résultat peut potentiellement s'expliquer par le fait que l'envie doit être forte dans leur entourage, au moment présent ; désir exprimé probablement accentué par le fait qu'ils sont en difficulté pour en concevoir naturellement.

Il semble difficile d'annoncer ce type de nouvelle, vue la charge dépressogène qu'elle comporte déjà (Oddens, 1999). Souvent, ils se mettent également, eux-mêmes, cette pression pour être heureux et rendre leurs parents heureux ; avec tout ce que cela comporte de transmission, de prolongement et de bonheur familial.

4.2.2 VECU DE GROSSESSE DE LA MERE DES SUJETS INTERROGES

Beaucoup de sujets indiquent que leur mère leur a déjà parlé de leur grossesse, principalement comme d'une période agréable ; une bonne proportion la décrivant, toutefois, comme désagréable, surtout du côté des femmes. On note que la majorité des sujets n'a pas eu connaissance de fausses couches spontanées ou d'ivg subi par leur mère, ce qui lorsque cela a eu lieu, ne semble pas affecter le niveau d'appréhension. Les sujets semblent faire une distinction entre leur vécu et celui de leurs parents, sans s'inquiéter davantage des problèmes qu'ils auraient pu avoir eux-mêmes.

4.2.3 COMMUNICATION DES SUJETS AVEC LEURS MERES SUR LE VECU DE GROSSESSE DE CES DERNIERES

Les femmes rapportent plus ce genre d'expériences de la part de leur mère que ne le font les hommes. Ce sont surtout les femmes qui affirment avoir pu communiquer avec leur mère de leur grossesse, ce qui peut expliquer qu'elles aient davantage connaissance de complications ou de ce type de vécu. Il est intéressant de noter que les femmes communiquent plus, surtout lorsqu'elles parlent de difficultés d'ordre féminin (Crawford, 1995). On peut donc émettre l'hypothèse que celles-ci ont plus communiqué sachant qu'elles-mêmes allaient un jour devoir enfanter.

Il en ressort qu'une grande majorité des sujets (87.5%) a l'impression qu'élever des enfants a été, pour leur mère, une source de satisfaction. Ils sont, en revanche, moins nombreux à voir autant de satisfaction chez leur père. Il est intéressant de noter que ce sont surtout les hommes qui pensent que leur mère a été satisfaite et les désirait alors que ce sont surtout les femmes qui pensent la même chose pour leur père. A remarquer qu'ils perçoivent plus de désir que de satisfaction d'avoir des enfants chez leurs parents, comme si la réalité n'avait, du moins de leur point de vue, pas été au niveau de l'idéal. Des entretiens cliniques plus poussés pourraient aider, éventuellement, à approfondir ce résultat. Par ailleurs et pour finir concernant ce qui fait partie de leurs modèles, les hommes ont le sentiment que leur mère a vécu leur grossesse comme une période agréable mais les femmes sont de nouveau plus sceptiques à ce sujet.

L'ensemble de ces résultats suggère que les femmes sont plus négatives lorsqu'il s'agit de donner leur avis sur le vécu parental de leurs propres parents. Elles rapportent avoir davantage communiqué avec leur mère au sujet de ces questions mais se montrent, également, souvent plus inquiètes. Il n'y a que pour les modifications corporelles liées à la grossesse qu'elles appréhendent moins, même si elles le font plus que leurs partenaires.

Ces résultats ne permettent pas de dire qu'il y a une crainte manifeste de prendre du poids au cours de la grossesse. Il peut donc être intéressant de mesurer leur vécu corporel au moment de la passation, voir comment elles se jugent physiquement ainsi que l'importance qu'elles, et leurs partenaires, accordent à leurs corps que l'on sait, surtout chez les femmes, davantage soumis à l'intrusion des traitements.

	<p style="text-align: center;">SYNTHESE</p> <p>La majorité des sujets consultant en centre de PMA ne semble pas appréhender les modifications corporelles liées à la grossesse. Ils appréhendent beaucoup plus les risques que peuvent encourir l'enfant et la mère au cours de la grossesse et de l'accouchement. Les femmes rapportent plus d'expériences difficiles vécues par son entourage en matière de périnatalité, notamment de sa mère avec qui elles ont souvent plus communiqué que ne l'ont fait les hommes avec leur mère. Ce sont, toutefois, plus les hommes qui appréhendent qu'il y ait des risques pour l'enfant et, encore plus, qu'il y en ait pour la mère.</p>	
--	--	--

5 VECU CORPOREL DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

HYPOTHESE GENERALE 4 : Les individus consultant en centre de PMA seraient davantage insatisfaits de leur apparence corporelle, d'autant plus parmi les femmes.

Il est question de s'intéresser dans un premier temps aux désirs de minceur, de tonicité et de volume musculaire, puis à la satisfaction corporelle davantage dans son ensemble. Ont été comparés la perception de la propre apparence corporelle des sujets avec celle qu'ils portent sur leur partenaire. Ont aussi été mis en lien, la perception de l'apparence corporelle avec l'importance accordée à celle-ci ainsi qu'au regard d'autrui mais aussi la tendance à se comparer à autrui.

5.1 DESIRS DE MINCEUR, DE TONICITE ET DE VOLUME MUSCULAIRE DES SUJETS INTERROGES

En ce qui concerne la **minceur**, on a pu constater que c'était un désir surtout féminin. Il n'y a que pour le ventre que les hommes infertiles étaient plus nombreux à désirer qu'il soit plus mince. Ils désirent aussi plus que les femmes que leur ventre soit plus tonique. Le fait que les

hommes ciblent davantage cette zone peut s'expliquer par le fait que c'est un endroit où la graisse se loge plus préférentiellement chez eux (Després et al., 2001). Les résultats de cette étude confirment que les hommes sont plus intéressés par gagner en volume musculaire (McCabe & Ricciardelli, 2004). Les femmes ont plus envie de minceur et de tonicité musculaire que de volume musculaire, souhaitant se rapprocher de l'idéal féminin actuel et communément véhiculé par les médias (DOHNT & TIGGEMANN, 2006).

La recherche de volume musculaire est un désir masculin hormis en ce qui concerne la poitrine qui est aussi un désir féminin (McCabe & Ricciardelli, 2004). Conformément aux résultats de la littérature, dans cette étude, les femmes ne paraissent pas du tout intéressées par la recherche de volume, sauf quand il s'agit d'avoir une poitrine plus volumineuse, ce qui s'explique par le fait que c'est une caractéristique fortement valorisée chez la femme. Pour compléter cette analyse, il faudrait prendre en compte plusieurs critères (prise d'un traitement hormonal effectif, prise de poids, zones de prises de poids, ...).

5.2 LA PERCEPTION DES SUJETS DE LEUR APPARENCE PHYSIQUE ET DE CELLE DE LEUR PARTENAIRE

Il est intéressant maintenant de remarquer la différence entre la façon dont les sujets se perçoivent et la façon dont ils perçoivent leur partenaire. Après avoir vu les désirs de minceur, de tonicité et de volume musculaire en fonction des zones corporelles, il est intéressant d'établir une vision plus globale. Aussi, ce qui ressort c'est que davantage satisfaits de l'apparence physique de leur partenaire que du leur, environ la moitié des sujets se dit satisfait de la sienne.

Etrangement, ce sont surtout les femmes qui sont plus satisfaites que les hommes de leur propre apparence physique, alors que les études tendent à montrer que les femmes sont souvent plus insatisfaites de leur corps que ne le sont les hommes d'eux-mêmes (Parnot et al., 2006). Ceci semble montrer que leur exigence se porte davantage sur l'enfant à venir que sur des préoccupations corporelles, malgré les changements corporels pouvant être induits par les traitements.

5.3 ATTENTION ET IMPORTANCE PORTEE PAR LES SUJETS ENVERS LEUR APPARENCE PHYSIQUE

La majorité des sujets de l'échantillon se dit attentive à son apparence physique. Ils sont, toutefois, moins nombreux à se dire attentif aux regards extérieurs. Ceci suggère que ce que pensent les autres de leur corps est pour eux moins important que ce qu'ils pensent eux-mêmes de celui-ci. Si l'on compare en fonction du genre, il ressort que les femmes accordent plus d'importance aux regards extérieurs, ce qui rejoint les résultats de la littérature sur l'importance plus forte chez les femmes de l'apparence corporelle et du jugement d'autrui sur leur corps (Oberg & Tornstam, 1999).

Par ailleurs, les résultats de cette étude montrent que l'appréhension liée aux changements corporels pendant la grossesse est plus forte lorsque la satisfaction portée vis-à-vis de sa propre apparence corporelle est grande. Il peut y avoir une crainte de perdre le bénéfice d'une apparence satisfaisante. Ce résultat, toutefois, mériterait d'être complété par des entretiens cliniques pour mieux comprendre ce qui pourrait provoquer de l'appréhension.

5.4 PERCEPTION QU'ONT LES SUJETS DE LEUR POIDS ET DESIRS ASSOCIES

Près de la moitié des sujets, surtout des femmes, n'est pas satisfait de son poids. Ces résultats sont conformes aux résultats des études précédentes (Parnot et al., 2006). En principe, ils aimeraient en perdre. On en trouve beaucoup qui ont peur d'en prendre.

La majorité des sujets, surtout les femmes, souhaite effectivement perdre du poids ce qui paraît cohérent avec l'insatisfaction qui accompagne leur vécu pondéral. Ce sont, toujours dans le sens des études, une partie des hommes qui souhaiteraient prendre du poids (Parnot et al., 2006). Pour ce qui est de la peur de grossir, il peut paraître surprenant de constater que ce sont davantage les hommes qui ont peur de grossir. Le fait qu'elles désirent fortement être enceintes peut aider à comprendre qu'elles n'aient pas tant peur d'une prise de poids, si c'est dans le but d'avoir un enfant.

Après avoir vu, globalement et plus en détail, les points d'insatisfaction de nos sujets au niveau de leur apparence corporelle, il est intéressant maintenant de voir s'ils emploient ou envisagent d'employer des comportements pour perdre, prendre du poids, gagner en tonicité ou en volume musculaires.

	<p style="text-align: center;">SYNTHESE</p> <p>Les sujets se montrent moins satisfaits de leur apparence corporelle que de celle de leur partenaire. La majorité se dit attentive à leur apparence, surtout les hommes. Ces derniers se montrent également plus insatisfaits mais disent avoir moins tendance à se comparer que celles-ci. Ils sont généralement peu nombreux à se trouver beaux mais sont globalement assez satisfaits de leur visage. Ils sont majoritairement insatisfaits de leur poids, surtout les hommes. Toutefois, les femmes sont plus nombreuses à désirer mincir et se tonifier alors que les hommes sont en recherche de volume musculaire.</p>	
--	---	--

6 COMPORTEMENTS COMPENSATOIRES ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DES SUJETS CONSULTANT EN CENTRE DE PMA

Hypothèse générale 5 : Les individus consultant en centre de PMA présenteraient pour certains des comportements compensatoires et des troubles du comportement alimentaire, d'autant plus parmi les femmes.

6.1 COMPORTEMENTS COMPENSATOIRES EMPLOYES PAR LES SUJETS

On observe que les comportements alimentaires n'ont, selon nos sujets, pas été modifiés pour changer leur apparence corporelle et qu'ils n'en ont pas non plus le désir. Malgré des envies de perte de poids prononcées et des insatisfactions corporelles également présentes, ces résultats suggèrent que pour les sujets consultant en centre de PMA, il ne s'agit pas de priorités du moment. On remarque également qu'ils n'ont pas entrepris d'activité sportive en ce sens. Toutefois, il existe une proportion non négligeable de sujets qui envisage d'entreprendre une activité sportive pour améliorer leur condition physique.

Dans cette étude, les hommes sont plus nombreux que les femmes à faire du sport et à faire attention à leur alimentation pour entretenir leur corps. En ce qui concerne le régime alimentaire, cela va à l'encontre des résultats dans la population générale où ce sont plutôt les femmes qui ont tendance à le faire. Encore une fois, les femmes infertiles, plus préoccupées à avoir un enfant, n'accordent peut-être plus la même attention à leur corps et au fait de le changer. De même, lors de la prise de traitements, elles doivent souvent suivre des règles d'hygiène particulière pour favoriser de bons résultats (Clinique Générale Beaulieu, 2012) et il peut paraître secondaire, voir néfaste, de pratiquer des régimes ou du sport, sauf contre-indication comme on peut parfois le voir dans des cas d'infertilité où l'obésité peut être un facteur aggravant (Homan, Davies, & Norman, 2007; Sheiner, Sheiner, Potashnik, Carel, & Shoham-Vardi, 2003). Les femmes ont plus le désir d'entreprendre ce type de pratiques par la suite que dans l'action présente.

6.2 TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE CLINIQUE ET SUBCLINIQUE PRESENTES PAR LES SUJETS

Aucun sujet n'a, de façon surprenante, présenté de TCA qu'ils soient de nature clinique ou subcliniques. La finesse de l'outil utilisé aurait dû permettre de déceler des troubles même de faible importance. Il apparaît donc que les individus interrogés au cours de cette étude ne présentent pas de troubles alimentaires. Il a, toutefois, été constaté que le groupe interrogé ne présentait pas de forte insatisfaction corporelle, malgré des désirs de minceur chez certains d'entre eux. Il n'a pas non plus été constaté un important recours à des comportements compensatoires en vue d'obtenir un corps plus plaisant. Ce résultat paraît donc cohérent. Ce qui paraît surprenant c'est que les études tendent à montrer que dans la population de sujets consultant en centre de PMA, on trouve une prévalence plus forte de

sujets présentant des TCA. Il y a donc certainement des différences entre le groupe de sujets interrogés ici et ceux interrogés dans ces études de comparaison. Cela peut-être de l'ordre de la nature de l'échantillon, de l'outil ou d'autres éléments tels que la méthodologie employée.

	<p style="text-align: center;">SYNTHESE</p> <p>La plupart des sujets ne pratique pas de régime ou d'activité sportive dans le but d'améliorer son apparence et la majorité ne l'envisage pas non plus. De même, aucun Trouble du Comportement Alimentaire n'a été décelé chez les sujets interrogés, qu'ils soient cliniques ou subcliniques. Il apparaît, donc, qu'ils ne sont pas préoccupés par leur poids et leur apparence physique au point de développer des TCA.</p>	
--	---	--

7 LIMITES DE L'ETUDE

Pour commencer, il aurait été intéressant de pouvoir étudier davantage le projet d'enfant et le vécu corporel en fonction de certains sous-groupes d'appartenance (origine de l'infertilité, raison de la prise en charge, nombre de tentatives). Pour cela, l'étude aurait gagné à faire passer les questionnaires à plus de sujets afin de pouvoir réaliser certains tests statistiques qui n'ont pu être réalisés.

Vu le nombre important de dimensions explorées et de questions posées, il y a un nombre importants d'hypothèses opérationnelles qui ont été suggérées comme testables théoriquement. Statistiquement, ces hypothèses ne se sont pas toujours révélées testables, notamment en raison de la composition des sous-groupes de comparaison. Certains sous-groupes ont manqué d'effectifs. Aussi, en raison d'un grand nombre de variables et de modalités, les possibilités d'analyse ont été réduites. Il s'est révélé difficile de répondre aux hypothèses.

Cette étude aurait aussi gagné à préciser davantage au départ les hypothèses de recherche et à n'en sélectionner que certaines. Il en résulte ici un conséquent recueil de données au traitement de nature plutôt descriptive. Plusieurs pistes s'en dégagent comme par exemple celle du lien entre relation conjugale et nombre de tentatives d'AMP ou encore celle de l'absence totale de troubles du comportement alimentaire parmi les sujets de cette étude. Ce dernier résultat paraît surprenant d'autant plus que le questionnaire utilisé pour déterminer la présence de TCA permet de cibler également les TCA subcliniques.

Cette étude, de nature exploratoire, présente un nombre important de variables qui ont été décrites précédemment. Ceci amène des difficultés statistiques dans la mesure où pour augmenter le poids statistique et comparer toutes les hypothèses opérationnelles, il aurait fallu soit diminuer le nombre de variables soit augmenter considérablement le nombre de sujets interrogés. Cette dernière éventualité n'a pas été possible pour des raisons matérielles. Afin d'explorer de façon large le vécu des sujets, il a été choisi, par ailleurs, de conserver le nombre important de variables ; d'autant plus que le projet d'enfant et le vécu corporel sont des concepts multidimensionnels.

Il a aussi été choisi d'employer des outils validés sur des populations différentes que celle qui a été rencontrée ici. Sonder des personnes qui ont à faire face à la problématique infertile demande une certaine adaptation qu'il a été pris soin de faire au préalable. Néanmoins, au cours des passations et de l'analyse des résultats, des points d'amélioration sur le contenu des questions et la façon de les aborder pourraient être envisagés pour des recherches futures. Ainsi, faire passer des entretiens cliniques n'a, pour des raisons pratiques, pas été possible mais cela permettrait d'appréhender d'autres dimensions que les questionnaires ne permettent pas de cerner.

Ainsi, une des limites de la passation par questionnaire et qui a pu être retrouvée ici est que cela engendre des biais, surtout dans une problématique comme celle de l'infertilité où l'image de soi peut se retrouver affectée. Finalement, ce type de passation permet d'obtenir des résultats qui se veulent les plus objectifs possibles mais qui simplifient un vécu qui est malgré tout très complexe et ambivalent. La réalisation d'entretiens cliniques auraient permis de mieux prendre en compte d'autres aspects, également très importants, de leurs

vécus et de leurs projets. Employer des questionnaires qui ont pour objectif d'être relativement complets comme cela a été le cas ici apportent certes beaucoup d'informations mais ne favorisent ni l'analyse des données ni une appréhension à la fois globale et précise des objets de recherche. Un choix d'outils plus courts et précis (présentés sous la forme de questionnaires) alliés à une approche plus qualitative (sous la forme d'entretiens cliniques) auraient été plus judicieux. Le projet d'enfant, pas toujours facile à verbaliser, est en ce sens souvent infiltré de significations et de désirs inconscients (Bydlowski, 1978) difficiles à appréhender uniquement par des outils tels que les questionnaires.

Une autre limite de l'étude est que l'ensemble des sujets a finalement répondu de façon assez unanime aux questionnaires proposés. Toutes les modalités n'ont pas été employées dans les réponses des sujets, ce qui amène à se poser la question de l'intérêt de ce type d'étude par questionnaire, la question du projet d'enfant par exemple étant plus complexe et pouvant nécessiter l'emploi d'entretiens cliniques uniquement ou en complémentarité. Ceci amène aussi à se poser la question de l'adaptation des outils utilisés aux hypothèses de recherche. Cette presque unanimité des réponses s'est retrouvée surtout pour le questionnaire sur les TCA mais aussi, même si c'est de façon moindre pour certains items, pour le questionnaire évaluant de projet d'enfant. Il s'agit d'une situation qui limite la possibilité de valider ou non les hypothèses, car il en devient difficile d'effectuer des analyses statistiques complètes. Les résultats se font alors plus descriptifs et moins pertinents que la question de départ pouvait le laisser supposer.

Malgré des éléments qu'il est utile de modifier en vue d'accroître la qualité d'une telle étude, il ressort de cette dernière des résultats intéressants. Il y a un intérêt majeur à travailler sur la question de l'infertilité car les causes et les conséquences psychologiques sont nombreuses. Elles jouent un rôle non négligeable dans le vécu de l'infertilité, sa prise en charge et l'efficacité des traitements. Il y a, finalement, une proportion importante de sujets qui ne parviennent pas à avoir un enfant au bout de leur parcours en PMA. Il s'agit d'un problème qui touche non seulement à la réalisation d'un projet d'enfant mais aussi à la réalisation de soi. Se sentant dévalorisés, impuissants, épuisés, seuls, les patients infertiles voient leur motivation baisser, leur résistance également. Or, rester motivé et travailler sur soi aide de façon significative à obtenir de meilleurs résultats. Il apparaît donc essentiel de

les accompagner au mieux et pour cela comprendre leur vécu en vue de proposer des outils de prévention et thérapeutiques adaptés comme cela fonctionne déjà relativement bien dans certains services (Alice D Domar et al., 2011).

I CONCLUSION DE L'ETUDE

Pour conclure cette étude, il convient déjà de constater l'importance des données recueillies, ce qui peut se révéler être à la fois un atout et un inconvénient. Réaliser une étude exploratoire implique de faire des choix mais apporte aussi un ensemble de pistes qu'il est intéressant de découvrir et d'approfondir. Malgré des résultats qui ont pu paraître logiques (fort désir d'enfant), d'autres se sont montrés plus surprenants, comme le fait qu'aucun individu ne présentait de TCA ou encore que les femmes se montraient moins insatisfaites que les hommes là où d'habitude elles le sont. Quelques explications peuvent être supposées mais elles mériteraient d'être approfondies dans des recherches ultérieures. Et pour cela, afin d'obtenir des réponses plus claires, il semble important de passer par des entretiens cliniques. Ici, le fait que les sujets ne se soient que peu différenciés, finalement, dans leurs réponses n'a pas contribué à répondre aux hypothèses de travail. Il faudrait pour mieux appréhender la singularité et la diversité des réponses, envisager une recherche différente. L'entretien clinique semble pertinent pour cela. Il serait, toutefois, judicieux qu'il ne se résume pas à un seul entretien mais à une série d'entretiens sur un thème en particulier (projet d'enfant par exemple ou image du corps ou relation de couple). Il s'agit donc d'un travail qui peut demander plusieurs séances. Ces séances permettraient d'appréhender le vécu des patients sur la durée, de façon longitudinale, à différentes étapes de la prise en charge. Non seulement, elles seraient utiles pour la recherche mais aussi d'un point de vue clinique, pour l'accompagnement des patients.

Concernant les résultats de cette étude, il en ressort chez les sujets consultant en centre de PMA un intense projet d'enfant, que les sujets expriment presque unanimement. On observe, néanmoins, un plus faible désir de grossesse que d'enfant ou de parentalité, ce qui

peut se comprendre par le fait qu'il s'agit d'une période à risque mais aussi parce qu'ils sont dans une envie intense et urgente d'enfant.

A noter également que les femmes se projettent davantage dans leur rôle de mère que les hommes ne le font dans leur rôle de père mais qu'elles se sentent aussi moins confiantes en leurs capacités. Une autre source d'inquiétude se situe dans le fait d'avoir peur que la grossesse et/ou l'accouchement engendre des problèmes pour la mère ou l'enfant. Les hommes se montrent, finalement, plus inquiets à ce sujet. Ils ont surtout peur qu'il y ait des complications pour leur compagne, ceux-ci ayant un attachement plus fort avec elle alors que les femmes, plus en lien avec l'enfant à venir, s'inquiètent plus pour l'enfant que pour elles-mêmes.

Il était aussi question de voir si les sujets consultant en centre de PMA avaient eu connaissance d'événements traumatiques, pouvant être anxiogènes, dans leur famille et leur entourage. Les résultats suggèrent que les femmes perçoivent différemment le vécu de leurs parents que les hommes et qu'elles ont davantage communiqué sur la grossesse et l'accouchement avec leur mère. Pourtant ce sont plus les hommes qui appréhendent des complications donc cela ne va pas dans le sens de ce qui avait été suggéré mais reste néanmoins intéressant à prendre en compte.

Parallèlement à un intense projet d'enfant, les sujets interrogés dans cette étude montrent de fortes motivations à avoir un enfant. Ils accordent aussi beaucoup d'importance aux conditions favorisant la venue d'un enfant, surtout quand il s'agit des conditions affectives comme par exemple le fait de se sentir mûre ou d'être d'accord avec son partenaire pour en concevoir. Ils investissent, donc, beaucoup le projet d'enfant ; projet qui va au-delà d'un simple « Je veux un enfant ».

Concernant le vécu corporel des sujets, il en ressort qu'ils sont fortement attentifs à leur apparence corporelle, surtout les hommes. Ils se montrent souvent moins satisfaits de leur apparence que de celle de leur partenaire et sont peu nombreux à se trouver beaux. Ils sont, pour la majorité, insatisfaits de leur poids mais ne présentent pas forcément de TCA ou de comportements compensatoires (régimes, sport...) en vue d'avoir une apparence qui leur plaît davantage. On peut y voir là le fait qu'ils sont plus orientés vers leur projet d'enfant que vers des projets de changement corporel, ce qui n'exclue pas l'éventualité que leur image du

corps soit perturbée. Il faudrait approfondir ce résultat en utilisant, par exemple, d'autres outils tout en voyant aussi un possible lien entre leur vécu corporel et leur projet d'enfant. Ce serait intéressant de comprendre davantage ce qui apparaît ici comme résultat et notamment dans le fait que l'on ne retrouve pas de TCA.

Pour finir, il a été possible au cours de cette étude de s'intéresser au projet d'enfant et au vécu de couples ne parvenant pas à concevoir un enfant. D'un premier abord, ils semblent relativement satisfaits que ce soit en ce qui concerne leur couple ou leur apparence corporelle. Ils ne présentent pas de TCA mais font état d'un projet d'enfant intense. Apparaissent, tout de même, certaines appréhensions et insatisfactions. Les femmes qui d'habitude se montrent plus anxieuses et insatisfaites font, certes, part d'un manque de confiance en leurs futures capacités de mère et d'une insatisfaction pondérale mais semblent, finalement, peu préoccupées, du moins pas plus que les hommes de cette étude. Perfectible et pouvant être complétée, cette recherche a, en revanche, permis d'explorer de façon multidimensionnelle et nouvelle le projet d'enfant et le vécu corporel de couples consultant en centre de PMA. Source de résultats intéressants, approfondir certains d'entre eux pourrait s'avérer utile méthodologiquement autant que pertinent conceptuellement afin d'appréhender encore mieux la population infertile. Un des intérêts fondamentaux de ce type de travail est de mieux comprendre le vécu des couples consultant en centre de PMA afin, notamment, d'améliorer leur prise en charge mais aussi l'efficacité de l'accompagnement. S'intéresser à ces questions, c'est aussi faire en sorte de favoriser le bien-être des couples infertiles, élément fondamental pour que cela ne reste pas qu'un projet mais qu'ils puissent, individuellement et en duo, s'accomplir pleinement.

BIBLIOGRAPHIE

- Ackard, D. M. P. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 187-194.
- Adler, J. D., & Boxley, R. L. (1985). The Psychological Reactions to Infertility: Sex Roles and Coping Styles. *Sex Roles*, 12(3/4), 271-279.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Akhondi, M. M., Dadkhah, A., Bagherpour, A., Ardakani, Z. B., Kamali, K., Binaafar, S., ... Ghorbani, B. (2011). Study of body image in fertile and infertile men. *Journal Of Reproduction & Infertility*, 12(4), 295-298.
- Allard, M.-A., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro (FIV). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(10), 1009-1014. doi:10.1016/j.gyobfe.2007.06.015
- Almeida, A., Müller Nix, C., Germond, M., & Ansermet, F. (2002). Investissement parental précoce de l'enfant conçu par procréation médicalement assistée. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 45(1), 45-75. doi:10.3917/psy.451.0045
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 353-355.
- André, J., Chabert, C., & Collectif. (2009). *Désirs d'enfant*. Presses Universitaires de France - PUF.
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3), 238-253.
- Bates, G. W. (1985). Body weight control practice as a cause of infertility. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 28(3), 632-644.
- Baudelot, C. (2008). Allez les femmes ! *Idées économiques et sociales*, N° 153(3), 6-8. doi:10.3917/idee.153.0006
- Belsky, J., Rovine, M., & Fish, M. (1989). The developing family system. In *Systems and development: The Minnesota Symposia of Child Psychology* (M.R. Gunnar & E. Thelen., Vol. Vol. 22, p. 119-166). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Bianchi-Demicheli, F., Medico, D., Lucas, H., & Chardonens, D. (2003). Aspects sexologiques de la médecine de la reproduction. *Médecine et hygiène : journal suisse d'informations médicales et paramédicale : réservé à la corporation médicale*.
- Bisseling, K. C. H. M., Kondalsamy-Chennakesavan, S., Bekkers, R. L. M., Janda, M., & Obermair, A. (2009). Depression, anxiety and body image after treatment for invasive stage one epithelial ovarian cancer. *The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 49(6), 660-666. doi:10.1111/j.1479-828X.2009.01074.x
- Blatgé, M. (2007). Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement. *Lectures*. Consulté à l'adresse <http://lectures.revues.org/403>
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine* (1982), 57(12), 2325-2341.
- Boivin, J., Griffiths, E., & Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 342, d223.
- Bourdet-Loubère, S., & Mazoyer, A.-V. (2011). L'infertilité comme analyseur de la parentalité. *Cahiers de psychologie clinique*, n°37(2), 123-147. doi:10.3917/cpc.037.0123
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une Psychologie du corps*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bumpass, L. L. (1970). *The Later Years of Childbearing*. Princeton University Press.
- Burns, L. H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *The Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689-716. doi:10.1016/j.psc.2007.08.001
- Bydlowski, M. (1978). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Presses Universitaires de France - PUF.
- Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine (French). *Psychic factors in female unexplained infertility (English)*, 31(3), 246-251.
- Bydlowski, Monique. (2006). Parenté maternelle et parenté paternelle. *Adolescence*, n° 55(1), 33-42. doi:10.3917/ado.055.0033
- Cailleau, F. (2005). Le désir d'enfant à l'épreuve du deuil. *Cahiers de psychologie clinique*, n° 24(1), 129-147. doi:10.3917/cpc.024.129

- Callahan, S., Rousseau, A., Knotter, A., Bru, V., Danel, M., Cueto, C., ... Chabrol, H. (2003). [Diagnosing eating disorders: presentation of a new diagnostic test and an initial epidemiological study of eating disorders in adolescents]. *L'Encéphale*, 29(3 Pt 1), 239-247.
- Cauvin, P. (2007). Dynamique de la consultation de psychologie clinique dans le cadre de l'aide médicale à la procréation avec don de gamètes. *Cliniques méditerranéennes*, n° 76(2), 135-156.
doi:10.3917/cm.076.0135
- Chabrol, H. (2010). *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente* (PUF.). Paris: Que sais-je?
- Chen, C.-L., Liao, M.-N., Chen, S.-C., Chan, P.-L., & Chen, S.-C. (2011). Body Image and Its Predictors in Breast Cancer Patients Receiving Surgery. *Cancer Nursing*. doi:10.1097/NCC.0b013e3182336f8b
- Clinique Générale Beaulieu. (2012). Effets secondaires et risques du traitement. *Centre de procréation médicalement assistée*. Consulté à l'adresse <http://www.fiv-geneva.ch/fr/traitements/effets-secondaires.html>
- Coëffin-Driol, C., & Giami, A. (2004). [The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature]. *Gynécologie, obstétrique & fertilité*, 32(7-8), 624-637.
doi:10.1016/j.gyobfe.2004.06.004
- Coltrane, S. (2000a). Research on Household Labor: Modeling and Measuring the Social Embeddedness of Routine Family Work. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1208-1233. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.01208.x
- Coltrane, S. (2000b). Research on Household Labor: Modeling and Measuring the Social Embeddedness of Routine Family Work. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 1208-1233. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.01208.x
- Cooper, S. L. (1980, mars). *Female infertility: Its effect on self-esteem, body image, locus of control, and behavior*. ProQuest Information & Learning, US.
- Crawford, M. (1995). *Talking Difference: On Gender and Language*. SAGE.
- Croson, R., & Gneezy, U. (2009). Gender Differences in Preferences. *Journal of Economic Literature*, 47(2), 448-474.

- Csemiczky, G., Landgren, B. M., & Collins, A. (2000). The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 79(2), 113-118.
- Cwikel, J., Gidron, Y., & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 117(2), 126-131. doi:10.1016/j.ejogrb.2004.05.004
- Damti, O. B., Sarid, O., Sheiner, E., Zilberstein, T., & Cwikel, J. (2008). [Stress and distress in infertility among women]. *Harefuah*, 147(3), 256-260, 276.
- Déchaud, H., Ferron, G., Anahory, T., Arnal, F., Humeau, C., & Hédon, B. (1998). [Obesity and assisted reproduction techniques]. *Contraception, Fertilité, Sexualité* (1992), 26(7-8), 564-567.
- Dennerstein, L., & Morse, C. (1988). A review of psychological and social aspects of in vitro fertilisation. research-article. Consulté 19 juillet 2013, à l'adresse <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/01674828809016798>
- Després, J. P., Lemieux, I., Tchernof, A., Couillard, C., Pascot, A., & Lemieux, S. (2001). [Fat distribution and metabolism]. *Diabetes & metabolism*, 27(2 Pt 2), 209-214.
- DOHNT, H. K. [b1] (analytic), & TIGGEMANN, M. [b1] (analytic). (2006). Body image concerns in young girls : The role of peers and media prior to adolescence (English). *J. youth adolesc.*, 35(2), 141-151.
- Domar, A D, Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynaecology*, 14 Suppl, 45-52.
- Domar, Alice D. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility*, 81(2), 271-273. doi:10.1016/j.fertnstert.2003.08.013
- Domar, Alice D, Rooney, K. L., Wiegand, B., Orav, E. J., Alper, M. M., Berger, B. M., & Nikolovski, J. (2011). Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertility and Sterility*, 95(7), 2269-2273. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.03.046
- DRESSEN C, NAVARRO, F., GODEAU, E., MOURET, G., & JEUNIER B. (2000). *Les années Collège : enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*. Consulté à l'adresse http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=42202

- Fairburn, C. G. W. (1990). The Impact of Pregnancy on Eating Habits and Attitudes to Shape and Weight. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 153-160.
- Feingold, A., & Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9(3), 190-195.
- Flis-Trèves, M., & Gellman, S. (2003). Sexualité et aide médicale à la procréation. *Spirale*, n° 26(2), 65-70.
doi:10.3917/spi.026.0065
- Galhardo, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Aspects psychologiques des couples infertiles. *Sexologies*, 20(4), 255-260. doi:10.1016/j.sexol.2011.08.006
- Geary, D. C. (1998). *Male, female: The evolution of human sex differences* (Vol. xii). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Gillett, J., & White, P. G. (1992). Male bodybuilding and the reassertion of hegemonic masculinity: A critical feminist perspective. *Play & Culture*, 5(4), 358-369.
- Goëb, J.-L., Férel†, S., Guetta, J., Dutilh, P., Dulioust, E., Guibert, J., ... Golse, B. (2006). Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation☆. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(9), 781-788. doi:10.1016/j.amp.2006.08.013
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Science & Medicine* (1982), 45(11), 1679-1704.
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*, 15(3), 279-295. doi:10.1093/humupd/dmp002
- Harmatz, M. G., Gronendyke, J., & Thomas, T. (1985). The underweight male: The unrecognized problem group of body image research. *Journal of Obesity & Weight Regulation*, 4(4), 258-267.
- Homan, G. F., Davies, M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update*, 13(3), 209-223. doi:10.1093/humupd/dml056
- Hopker-Azemar, F. (2011). De la difficulté des hommes à vivre les protocoles de l'aide médicale à la procréation. *Poche - Société*, 245-253.

- Jackson, L. A., Sullivan, L. A., & Rostker, R. (1988). Gender, Gender Role, and Body Image. *Sex Roles*, 19(7/8), 429-443.
- Jaoul Besson. (2011). Vécu psychologique des couples ayant recours à l'AMP. *Revue ADSP (actualité et dossier en santé publique)*, n° 75. Consulté à l'adresse http://www.academia.edu/800324/_vecu_psychologique_des_couples_ayant_recours_a_lAMP_revue_ADSP_actualite_et_dossier_en_sante_publique_n_75_Juin_2011_Haut_conseil_de_la_sante_publique
- Jaoul, M., Molina Gomes, D., Albert, M., Bailly, M., Bergere, M., & Selva, J. (2009). Prise en charge psychologique des échecs de procréation, au masculin : une blessure peut en cacher une autre. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 37(11-12), 921-925. doi:10.1016/j.gyobfe.2009.09.005
- Jean, M. (Dr), & Petit, L. (2013). *Le Couple face à l'infertilité*. Albin Michel.
- Jones, C. F. (2009). *Hopeful heart, peaceful mind: managing infertility*. [Atlanta, Ga.]: Fraser Davis Press.
- KAPITÁNY, B., & SPÉDER, Z. (2012). Réalisation et évolution des intentions de fécondité dans quatre pays européens. (French). *POSTPONEMENT REALIZATION OR ABANDONMENT OF CHILDBEARING INTENTIONS IN FOUR EUROPEAN COUNTRIES OVER A THREE-YEAR PERIOD. (English)*, 67(4), 711-744.
- Keel, P. K., Fulkerson, J. A., & Leon, G. (1997). Disordered Eating Precursors in Pre- and Early Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), 203-16.
- Kraft, A. D., Palombo, J., Mitchell, D., Dean, C., Meyers, S., & Schmidt, A. W. (1980). The psychological dimensions of infertility. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 50(4), 618-628.
- Kraus, P. L. (1999). Body image, decision making, and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 22(6), 421-427; quiz 428-429.
- La Rochebrochard, E. (2003). Des hommes médicalement assistés pour procréer. IAD, FIV, ICSI, bilan d'une révolution dans la prise en charge médicale de l'infertilité masculine. *Population-F*, 58(4-5), 549-586.
- Lacombe, D. (2005). Les entretiens psychologiques dans la procédure d'agrément. *Enfances & Psy*, n° 29(4), 50-58. doi:10.3917/ep.029.0050
- Lamb, C. S., Jackson, L. A., Cassiday, P. B., & Priest, D. J. (1993). Body figure preferences of men and women: A comparison of two generations. *Sex Roles*, 28(5-6), 345-358. doi:10.1007/BF00289890
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

- Leridon, H. (2005). How effective is assisted reproduction technology? A model assessment. *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique*, 53 Spec No 2, 2S119-27.
- Leridon, Henri. (2004). Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 19(7), 1548-1553.
- Maggioni, C. (1997). *Femmes infertiles*. Paris: Ed. In Press.
- Malpas, N., & Lambert P.-Y, P. Y. (1993). Les Européens et la famille. Résultats d'une enquête d'opinion. *Eurobaromètre, Bruxelles, n° 39*.
- Mandelbaum, J. (2012). L'assistance médicale à la procréation, une technique médico-biologique inscrite dans le champ social. *Sciences sociales et santé*, Vol. 30(4), 31-38. doi:10.3917/sss.304.0031
- Márquez, E., & Friemel, E. (2005). Activation des schèmes cognitifs de base et actualisation des valeurs associées au travail. *Papers on Social Representations*, 14, 1-28.
- Márquez, E., & Leon, I. (2012). Dynamique identitaire, implication et représentations sociales du travail. *Revista Psicologia & Sociedade*, 24(2).
- Matthiesen, S. M. S., Frederiksen, Y., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2011). Stress, distress and outcome of assisted reproductive technology (ART): a meta-analysis. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 26(10), 2763-2776. doi:10.1093/humrep/der246
- Mazuy, M., & Rozée, V. (2008). Infertilité ressentie et pression sociale à concevoir : analyse sociodémographique du recours à l'Aide Médicale à la Procréation en France. Consulté à l'adresse <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00492911>
- Mc Clelland, G. H. (1983). Family-size desires as measures of demand. (Vol. 1, p. 288-343). New-York: Academic Press. Consulté à l'adresse <http://www.poline.org/node/400503>
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 675-685. doi:10.1016/S0022-3999(03)00129-6
- McCarthy, M. P., & Chiu, S.-H. (2011). Differences in women's psychological well-being based on infertility treatment choice and outcome. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(5), 475-480. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00047.x
- McDonald, P. (2001). Theory pertaining to low fertility. Tokyo: UIESP.

- Menning, B. E. (1975). The infertile couple: a plea for advocacy. *Child Welfare*, 54(6), 454-460.
- Merla, L. (2010). Peut-on se penser masculin lorsque l'on est père « au foyer » ? Le bricolage d'une identité de genre « hors normes », entre conformisme déclaré et marginalité assumée. *Hors collection*, 151-162.
- Miller, W.B. (1981). *The Psychology of Reproduction*. Washington, DC, US: National Technical Information Service.
- Miller, Warren B. (1992). Personality traits and developmental experiences as antecedents of childbearing motivation. *Demography*, 29(2), 265-285. doi:10.2307/2061731
- Miller, Warren B. (1995). Childbearing motivation and its measurement. *Journal of Biosocial Science*, 27(04), 473-487. doi:10.1017/S0021932000023087
- Miller, Warren B., & Pasta, D. J. (1988). A model of fertility motivation, desires, and expectations early in women's reproductive careers. *Biodemography and Social Biology*, 35(3-4), 236-250. doi:10.1080/19485565.1988.9988704
- Miller, Warren B., Severy, L. J., & Pasta, D. J. (2004). A framework for modelling fertility motivation in couples. *Population Studies*, 58(2), 193-205.
- Mintz, L. B., Sean, M., Mulholland, A. M., & Schneider, P. A. (1997). Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM—IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44(1), 63-79. doi:10.1037/0022-0167.44.1.63
- Mishkind, M. E., Rodin, J., Silberstein, L. R., & Striegel-Moore, R. E. (1986). The Embodiment of Masculinity. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 545.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130. doi:10.1016/j.urology.2003.09.015
- Muth, J. L., & Cash, T. F. (1997). Body-Image Attitudes: What Difference Does Gender Make?1. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(16), 1438-1452. doi:10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x
- Nicole-Drancourt, C. (1989). Stratégies professionnelles et organisation des familles. *Revue française de sociologie*, 30(1), 57-80. doi:10.2307/3321424
- Oberg, P., & Tornstam, L. (1999). Body images among men and women of different ages. *Ageing & Society*, 19(5), 629.

- Oddens, B. J. (1999). Women's satisfaction with birth control: a population survey of physical and psychological effects of oral contraceptives, intrauterine devices, condoms, natural family planning, and sterilization among 1466 women. *Contraception*, 59(5), 277-286. doi:10.1016/S0010-7824(99)00034-7
- Ohl, J., Reder, F., Fernandez, A., Bettahar-Lebugle, K., Rongièrès, C., & Nisand, I. (2009). [Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality]. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 37(1), 25-32. doi:10.1016/j.gyobfe.2008.08.012
- Pacheco Palha, A., & Lourenço, M. F. (2011). Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 31, 164-183. doi:10.1159/000328922
- Parnot, L. (2007). Construction et validation d'un questionnaire évaluant le projet d'enfant: le Q.P.E.
- Parnot, L., Rousseau, A., Benazet, M., Faure, B., Lenhoret, E., Sanchez, A., & Chabrol, H. (2006). Comparaison du vécu corporel en fonction du genre chez l'adolescent et le jeune adulte. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 16(2), 45-48. doi:10.1016/S1155-1704(06)70197-5
- Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 255-266. doi:10.1037/0021-843X.108.2.255
- Petit. (1998). *Chirurgie du cancer du sein: Diagnostique, curative et reconstructive*. Arnette.
- Philipov, D. (2009). The Effect of Competing Intentions and Behaviour on Short-Term Childbearing Intentions and Subsequent Childbearing. *L'effet des intentions et des comportements concurrents sur les intentions de procréation à court terme et la procréation ultérieure.*, 25(4), 525-548.
- Pingitore, R., Spring, B., & Garfield, D. (1997). Gender differences in body satisfaction. *Obesity Research*, 5(5), 402-409.
- Pison, G. (2002). *La population de la France en 2001. (French)*. Institut national d'études démographiques, Paris.
- Pla, A., & Beaumel, C. (2012). La fécondité reste élevée. *Insee Première*, N°1385 - janvier 2012. Consulté à l'adresse http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1385
- Podolska, M. Z., & Bidzan, M. (2011). Infertility as a psychological problem. *Ginekologia Polska*, 82(1), 44-49.

- Pope, H. G., Gruber, A. J. (analytic), Mangweth, B. (analytic), Bureau, B. (analytic), Decol, C. (analytic), Jouvent, R. (analytic), & Hudson, J. I. (analytic). (2000). Body image perception among men in three countries (English). *Am. j. psychiatr.*, 157(8), 1297-1301.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2006). Effectiveness and treatment for unexplained infertility. *Fertility and Sterility*, 86(5 Suppl 1), S111-114. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.07.1475
- Prioux, F. (2003). La fécondité française : une descendance stable, mais des naissances plus tardives.
- Ravez, L. (2009). Autorité, désir d'enfant et assistance médicale à la procréation. *Éthique & Santé*, 6(3), 142-146. doi:10.1016/j.etique.2008.08.001
- Régnier-Loilier, A. (2007). *Avoir des enfants en France: désirs et réalités*. Paris: Institut national d'études démographiques.
- Regnier-Loilier, A. (analytic). (2006). L'influence de la fratrie d'origine sur le nombre souhaité d'enfants à différents moments de la vie. L'exemple de la France (French). *Population*, 61(3), 193-224.
- Régnier-Loilier, A., Vignoli, D., & Dutreuilh, C. (2011). Fertility Intentions and Obstacles to their Realization in France and Italy. Consulté à l'adresse http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=POPE_1102_0361
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344. doi:10.1016/S0272-7358(99)00051-3
- Roberts, C., Freeman, J., Samdal, O., Schnohr, C. W., Looze, M. E. de, Gabhainn, S. N., ... Rasmussen, M. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health*, 54(2), 140-150. doi:10.1007/s00038-009-5405-9
- Sacerdoti, R. C., Lagana', L., & Koopman, C. (2010). Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional psychology, research and practice*, 41(6), 533-540. doi:10.1037/a0021428
- Sandlow, J. I. (2000). Shattering the myths about male infertility. Treatment of male factors may be more successful and cost-effective than you think. *Postgraduate Medicine*, 107(2), 235-239, 242, 245.

- Schmidt, L. (2006). Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. *Danish Medical Bulletin*, 53(4), 390-417.
- Seibel, M. M., & Taymor, M. L. (1982). Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, 37(2), 137-145.
- Sheiner, E. [b1] (analytic), Sheiner, E. K. [b2] (analytic), Potashnik, G. [b3] (analytic), Carel, R. [b2] (analytic), & Shoham-Vardi, I. [b4] (analytic). (2003). The relationship between occupational psychological stress and female fertility (English). *Occup. med. (Oxf.)*, 53(4), 265-269.
- Smith, J. F. [b1 b4] (analytic), Eisenberg, M. L. [b1] (analytic), Millstein, S. G. [b3] (analytic), Nachtigall, R. D. [b4] (analytic), Shindel, A. W. [b1] (analytic), Wing, H. [b2] (analytic), ... Katz, P. P. [b2] (analytic). (2010). The use of complementary and alternative fertility treatment in couples seeking fertility care: data from a prospective cohort in the United States (English). *Fertil. steril.*, 93(7), 2169-2174.
- Smorti, M., & Smorti, A. (2013). Medical successes and couples' psychological problems in assisted reproduction treatment: a narrative based medicine approach. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 26(2), 169-172. doi:10.3109/14767058.2012.722728
- Stoleru, S., Teglas, J. P., Fermanian, J., & Spira, A. (1993). Psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 8(7), 1039-1046.
- Thonneau, P., Marchand, S., Tallec, A., Ferial, M. L., Ducot, B., Lansac, J., ... Spira, A. (1991). Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989). *Human Reproduction (Oxford, England)*, 6(6), 811-816.
- Tiggemann, M. (1994). Gender Differences in the Interrelationships Between Weight Dissatisfaction, Restraint, and Self-Esteem. *Sex Roles*, 30(5/6), 319-330.
- Toulemon, L. [a1], & Testa, M.-R. [a2]. (2005). *Fécondité envisagée, fécondité réalisée : un lien complexe (French)*. Institut national d'études démographiques, Paris.
- Toulemon, L., Leridon, H., & Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Division Enquêtes et Etudes Démographiques. Paris, F. (1999). *La famille idéale : combien d'enfants, à quel âge ? (French)*.

- Untas, A., Quintard, B., Koleck, M., Borteyrou, X., & Azencot, A. (2009). Impact de la gestion dyadique du stress sur l'ajustement à une reconstruction mammaire différée après cancer. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(2), 134-141. doi:10.1016/j.amp.2006.11.004
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25(6), 1471 -1480. doi:10.1093/humrep/deq030
- VINSON, C. [b1] (analytic), MOLLEN, D. [b1] (analytic), & SMITH, N. G. [b2] (analytic). (2010). Perceptions of Childfree Women: The Role of Perceivers' and Targets' Ethnicity (English). *J. community appl. soc. psychol.*, 20(5), 426-432.
- Weber, C., Bronner, E., Thier, P., Schoeneich, F., Walter, O., Klapp, B. F., & Kingreen, D. (2001). Body experience and mental representation of body image in patients with haematological malignancies and cancer as assessed with the Body Grid. *The British Journal of Medical Psychology*, 74(Pt 4), 507-521.
- Wilson, J. F., & Kopitzke, E. J. (2002). Stress and infertility. *Current Women's Health Reports*, 2(3), 194-199.
- Wischmann, T. H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1868-1876. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x
- Wright, J., Allard, M., Lecours, A., & Sabourin, S. (1989). Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. *International Journal of Fertility*, 34(2), 126-142.
- Zazoo. (1948). Image du corps et conscience de soi. *Enfance*, 1, 29-43.

ANNEXES

Dans le cadre d'une recherche en psychologie, menée en collaboration entre l'Université de Pierre Mendès-France de Grenoble, les Centres Hospitaliers Universitaires Pellegrin de Bordeaux, Jean-Verdier de Bondy et Bécélère de Clamart, portant sur l'image du corps, nous réalisons une étude par questionnaire. Celui-ci vous prendra 30 minutes environ.

Il est très important que vos réponses soient à la fois spontanées et sincères et qu'elles se réfèrent à votre situation actuelle. Dans le cas de mises en situations qui ne sont pas réelles, imaginez votre comportement. Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse. Même si certaines questions peuvent vous surprendre, essayez d'y répondre. Dans le cas où vous ne répondriez pas, nous vous remercions d'en indiquer la raison, à côté de la question (par exemple : « je ne sais pas » ou « je ne souhaite pas répondre à cette question »). Le questionnaire étant sous forme recto-verso, nous attirons votre attention sur le fait de bien répondre à toutes les pages.

Je vous rappelle que les informations recueillies sont strictement confidentielles. Pour toutes informations complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter (Mme PIRRELLO-PARNOT: recherche.projet.enfant@laposte.net).

Merci de votre participation.

A. Renseignements d'ordre général

A1. Indiquez la date :

20
Jour Mois Année

A2. Vous êtes...

☐ 1. Un homme

☐ 2. Une femme

A3. Quelle est votre date de naissance ?

19
Jour Mois Année

A4. Êtes-vous né(e) en France ?

☐ 1. Oui →

A4a. Dans quel département ?

- Métropole : 2 chiffres
- DOM-TOM : 3 chiffres

☐ 2. Non →

A4b. Dans quel pays ?

A5. Combien avez-vous de frères, sœurs, demi-frères, demi-sœurs ?

frère(s) sœur(s) demi-frère(s) demi-sœur(s)

A6. Actuellement, quelle est la situation qui correspond le mieux à la vôtre ?

☐ 1. Vous êtes étudiant(e)

→ Allez à la question A8

☐ 2. Vous exercez une activité professionnelle

☐ 3. Vous êtes au chômage

→ Allez à la question A7

À ceux qui travaillent, sont au chômage

A7. Quelle est votre profession (ou la dernière que vous ayez exercée) ?

(soyez le plus précis possible)

A8. Quelle est votre situation matrimoniale légale ? (plusieurs réponses possibles)

☐ 1. Marié(e)

☐ 2. Pacsé(e)

☐ 3. En vie maritale

A9. Quel est l'âge de votre partenaire ?

ans

A10. Vivez-vous ensemble ?

☐ 1. Oui

☐ 2. Non

A11. Depuis combien de temps êtes-vous ensemble ? Situez-vous sur l'échelle suivante

1 mois et - 6 mois 12 mois 18 mois 24 mois
 2 ans 5 ans 10 ans 15 ans 20 ans et +

A12. Comment est actuellement votre relation avec votre conjoint(e) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Très mauvaise ...à... 5=Très bonne

Très mauvaise

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Très bonne

1 Nous vous remercions de répondre au verso de cette feuille. ➡

A13. Avez-vous déjà entrepris des démarches d'adoption ? ☐ 1. Oui ☐ 2. Non

A14. Lequel d'entre vous aurait biologiquement des difficultés à concevoir un enfant ?
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ 1. Moi
☐ 2. Lui
☐ 3. Nous deux
☐ 4. Je ne le sais pas

A15. Pour quelle raison, venez-vous consulter en centre de procréation médicalement assistée ?

- ☐ 1. Spermogramme
☐ 2. Stimulation Ovarienne
☐ 3. Insémination Artificielle
☐ 4. Fécondation In Vitro
☐ 5. Autre : précisez :

A16. Combien de tentatives d'aide médicale à la procréation (FIV, insémination artificielle, ... tout confondu) avez-vous déjà réalisées (quel que soit le lieu) ?

1	2	3	4	5 et + : précisez :
---	---	---	---	---------------------------

B. Projet d'enfant

B1. Avez-vous un (des) enfant(s) vivant dans votre foyer ? ☐ 1. Oui ☐ 2. Non
→ Allez en B2
→ Allez en B4

À ceux qui ont répondu oui à la question précédente :

B2. Combien d'enfants sont dans votre foyer en tout ? enfant(s)

B3. Combien sont adoptés ? enfant(s) adopté(s)

B4. Avec quelle intensité ressentez-vous le désir d'avoir un enfant ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Très faible ...à... 5=Très forte.

Très faible	1	2	3	4	5	Très forte
-------------	---	---	---	---	---	------------

B5. Combien d'enfants voudriez-vous avoir en tout (y compris ceux que vous avez pu avoir ou attendez actuellement) ?
 enfant(s) Sinon, entre et enfants
Au minimum Au maximum

B6. Aimerez-vous adopter un ou des enfants ? ☐ 1. Oui
☐ 2. Non
☐ 3. Je ne sais pas

B7. À quel âge, idéalement, auriez-vous voulu avoir votre premier enfant ?

1. Avant 20 ans	2. Entre 20 et 24 ans	3. Entre 25 et 29 ans	4. Entre 30 et 34 ans	5. Après 35 ans
-----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

B8. Quel âge limite vous donniez-vous pour avoir un enfant ?

Pas après ans ☐ Je ne sais pas

B9. À quel âge avez-vous commencé à tenter de concevoir un enfant ?

1. Avant 20 ans	2. Entre 20 et 24 ans	3. Entre 25 et 29 ans	4. Entre 30 et 34 ans	5. Après 35 ans
-----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------

2

Nous vous remercions de répondre à la page suivante. ➡

B10. Imaginez qu'« être enceinte » est le fait de porter le futur enfant dans son ventre, de vivre une grossesse. Dans cette optique, avec quelle intensité désireriez-vous être enceinte (ou que votre conjointe soit enceinte) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Très faible ...à... 5=Très forte.

Très faible					Très forte
1	2	3	4	5	

B11. Vous êtes-vous déjà imaginé avec votre enfant dans un rôle de mère (père) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Jamais ...à... 5=Souvent.

Jamais					Souvent
1	2	3	4	5	

B12. Quand vous pensez à vos capacités à tenir le rôle de mère (père), comment vous sentez-vous ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Peu confiant...à... 5=Très confiant

Peu confiant(e)					Très confiant(e)
1	2	3	4	5	

B13. Avec quelle intensité ressentez-vous le désir de devenir mère (père) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Très faible intensité ...à... 5=Très forte intensité

Très faible intensité					Très forte intensité
1	2	3	4	5	

B14. Quelle que soit votre intention d'avoir ou non des enfants, pensez-vous que vous pourriez changer d'avis ?

- ☐ 1. Oui
 ☐ 3. Peut-être
☐ 2. Non
 ☐ 4. Je ne sais pas

B15. Avec quelle intensité avez-vous le sentiment que votre conjoint désire avoir un enfant ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Très faible ...à... 5=Très forte.

Très faible					Très forte
1	2	3	4	5	

B16. A propos de la décision de suivre un traitement d'aide à la procréation, quel est votre degré d'accord avec votre conjoint(e) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout d'accord ...à... 5=Tout à fait d'accord

Pas du tout d'accord					Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	

B17. A présent, lequel d'entre vous est le plus en faveur de cette démarche d'aide à la procréation ?

- ☐ 1. Moi-même
☐ 2. Mon (ma) conjoint(e)
☐ 3. Même motivation pour chacun

B18. Si, malgré les essais, vous ne parveniez pas à avoir un enfant. Seriez-vous déçu(e) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout ...à... 5=Totalement.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

3 Nous vous remercions de répondre au verso de cette feuille. ➡

B19. Pour que vous ayez l'impression d'avoir pleinement réussi votre vie, vous semble-t-il important d'avoir un enfant qui soit de vous et de votre conjoint(e) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout d'accord ...à... 5=Tout à fait d'accord

Pas du tout d'accord		Tout à fait d'accord		
1	2	3	4	5

B20. Voici certaines raisons qui poussent les couples à avoir des enfants. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec celles-ci ?

	1. Pas du tout d'accord	2. Plutôt pas d'accord	3. Ni d'accord, ni pas d'accord	4. Plutôt d'accord	5. Tout à fait d'accord
a. Les enfants apportent du bonheur					
b. Le désir d'enfant est naturel. On a envie de donner la vie.					
c. Avoir des enfants permet un accomplissement du couple					
d. Avoir des enfants représente un prolongement de soi					

B21. Seriez-vous prêt(e) à arrêter votre activité professionnelle pour élever vos enfants pendant...

1. Jamais	2. Moins de 6 mois	3. Entre 6 mois et 1 an	4. Plusieurs années	5. Toujours
-----------	--------------------	-------------------------	---------------------	-------------

B22. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ?

	1. Pas du tout d'accord	2. Plutôt pas d'accord	3. Ni d'accord, ni pas d'accord	4. Plutôt d'accord	5. Tout à fait d'accord
a. Avoir des enfants est plus important que la vie de couple					
b. Avoir des enfants est plus important que la vie professionnelle					

B23. Selon vous, pour avoir un enfant est-il important ou peu important...

	1. Pas important	2. Peu important	3. Moyennement important	4. Assez important	5. Très important
a. D'avoir fini vos études					
b. De vivre en couple					
c. D'être sûr que votre couple soit stable					
d. D'être marié(e)					
e. D'être assez mûr(e), vous sentir prêt(e)					
f. D'avoir vraiment envie d'un enfant					
g. Que votre conjoint(e) soit d'accord					
h. Que vous (ou votre conjoint(e)) ayez un travail stable					
i. Que l'un des deux travaille à mi-temps, ou arrête de travailler					
j. D'avoir un logement plus vaste					
k. D'avoir plus de revenus					
l. D'avoir plus de temps à lui consacrer					
m. Que vous (ou votre conjoint) soyez en bonne santé					
n. D'être prêt(e) à faire certains sacrifices					

B24. Voici certaines raisons qui poussent les couples à avoir peu ou pas d'enfant(s). Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec celles-ci ?

	1. Pas du tout d'accord	2. Plutôt pas d'accord	3. Ni d'accord, ni pas d'accord	4. Plutôt d'accord	5. Tout à fait d'accord
a. Trop d'enfants, c'est trop de contraintes pour la vie quotidienne					
b. Les enfants coûtent cher, il faut être raisonnable					
c. S'ils ont trop d'enfants, les parents ne peuvent pas bien s'en occuper					
d. La conjoncture économique est mauvaise, et il y a des incertitudes pour l'avenir					
e. Il n'y a pas assez d'aides financières aux familles					
f. On manque d'équipements collectifs pour les enfants					

B25. La grossesse s'accompagne généralement d'une prise de poids et de modifications corporelles. Avez-vous (ou avez-vous eu) certaines appréhensions à ce sujet ? (pour les hommes : avez-vous des appréhensions quant au fait que le corps de votre partenaire puisse se transformer ?)

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout ...à... 5=Totallement.

Pas du tout		Totallement		
1	2	3	4	5

4 Nous vous remercions de répondre au verso de cette feuille. ➡

B26. Etes-vous d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes :

	1. Pas du tout d'accord	2. Plutôt pas d'accord	3. Ni d'accord, ni pas d'accord	4. Plutôt d'accord	5. Tout à fait d'accord
a. J'apprends que mon futur enfant ait des complications de santé liées à la grossesse et/ou l'accouchement					
b. J'apprends d'avoir (ou que mon partenaire ait) des complications liées à la grossesse et/ou l'accouchement					

B27. Quelqu'un de votre entourage a-t-il eu des difficultés à avoir un enfant ?

☐ 1. Oui ☐ 2. Non

C. Représentations parentales

C1. Avec quelle intensité pensez-vous que votre mère désirait avoir un (des) enfant(s) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Faible désir ...à... 5=Fort désir

Faible désir					Fort désir
	1	2	3	4	5

C2. Avec quelle intensité pensez-vous que votre père désirait avoir un (des) enfant(s) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Faible désir ...à... 5=Fort désir

Faible désir					Fort désir
	1	2	3	4	5

C3. Votre mère vous a-t-elle parlé de sa (ses) grossesse(s) ?

☐ 1. Oui
☐ 2. Non

C4. Si oui, vous en a-t-elle parlé comme d'un (de) période (s) ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Très désagréable ...à... 5=Très agréable

Très désagréable					Très agréable
	1	2	3	4	5

C5. Votre mère a-t-elle eu une ou des fausse(s) couche(s) spontanée(s) ?

☐ 1. Oui
☐ 2. Non
☐ 3. Je ne sais pas

C6. Votre mère a-t-elle eu une ou des interruptions(s) volontaire(s) de grossesse ?

☐ 1. Oui
☐ 2. Non
☐ 3. Je ne sais pas

C7. A votre avis, élever un ou des enfant(s) a-t-il été pour votre mère une source de satisfactions ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout ...à... 5=Totalement

Pas du tout					Totalement
	1	2	3	4	5

C8. A votre avis, élever un ou des enfant(s) a-t-il été pour votre père une source de satisfactions ?

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout ...à... 5=Totalement

Pas du tout					Totalement
	1	2	3	4	5

5

Nous vous remercions de répondre à la page suivante.

C9. Pensez-vous que votre mère aimerait (aurait aimé) que vous ayez un (des) enfant(s) ?
Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout...à... 5=Totallement

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

C10. Pensez-vous que votre père aimerait (aurait aimé) que vous ayez un (des) enfant(s) ?
Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout...à... 5=Totallement

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

D. Vécu corporel

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur ces échelles allant, toutes, de 1=Pas du tout ...à... 5=Totallement.

D1. Je suis attentif(ve) à mon apparence physique.

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

D2. Je suis satisfait(e) de mon apparence physique.

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

D3. Je suis satisfait(e) de l'apparence physique de mon partenaire.

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

D4. Je pense que l'apparence physique est quelque chose d'important.

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

D5. Je me trouve beau (belle).

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

D6. Je souhaiterais faire une taille différente (être plus grand ou plus petit).

Précisez si vous désiriez être plus grand ou plus petit.

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

D7. Mon poids me satisfait.

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

D8. Je suis satisfait(e) de ma poitrine (de mes pectoraux, pour les hommes).

Pas du tout					Totallement
	1	2	3	4	5

6

Nous vous remercions de répondre à la page suivante. ➡

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur ces échelles allant, toutes, de 1=Pas du tout ...à... 5=Totalement.

D9. Je souhaiterais avoir des muscles plus toniques.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

D10. Je souhaiterais perdre du poids.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

D11. Mon visage me plaît.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

D12. Je souhaiterais avoir des muscles plus volumineux.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

D13. Je souhaiterais peser plus.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

D14. J'ai peur de prendre du poids.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

D15. Pour chacune de ces zones, cochez si oui ou non vous désirez que la zone en question soit plus mince, plus tonique et plus volumineuse :

	Je désire que ce soit plus mince		Je désire que ce soit plus tonique		Je désire que ce soit plus volumineux	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. Epaules						
2. Bras						
3. Poitrine						
4. Ventre						
5. Fesses						
6. Hanches						
7. Cuisses						
8. Mollets						

D16. Voudriez-vous changer un autre aspect de votre apparence physique ?

☐ 1. Oui ☐ 2. Non

B15a. Si oui, lequel(s) ? _____

7 Nous vous remercions de répondre au verso de cette feuille. ➡

D17. Je suis attentif(ve) aux regards extérieurs sur mon corps.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

D18. Je me compare physiquement aux autres.

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

E. Comportements compensatoires

Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel sur cette échelle allant de 1=Pas du tout ...à... 5=Totalement.

E1. Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires dans le but de changer votre apparence physique ?

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

E2. Envisagez-vous de modifier vos habitudes alimentaires dans le but de changer votre apparence physique ?

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

E3. Avez-vous entrepris une activité sportive dans le but de changer votre apparence physique ?

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

E4. Envisagez-vous d'entreprendre une activité sportive dans le but de changer votre apparence physique ?

Pas du tout					Totalement
1	2	3	4	5	

F. Comportement alimentaire

F1. Taille actuelle : _____ cm

F2. Poids actuel : _____ kg

F3. Ma forme corporelle (corpulence) est plutôt :

- ☐ 1. Faible
☐ 2. Moyenne
☐ 3. Forte

F4. J'aimerais peser : _____ kg

F5. Vous arrive-t-il fréquemment d'avoir des crises de boulimie, c'est-à-dire de manger pendant un court laps de temps (par exemple 2 heures), une quantité de nourriture qui est en fait nettement plus grande que celle que la plupart des gens mangeraient dans la même durée de temps ?

- ☐ 1. Oui → Allez à la question F3a
☐ 2. Non → Allez à la question F6

F5a. Avez-vous l'impression de perdre le contrôle de vous-même durant cet épisode (par exemple, l'impression que vous ne pouvez pas vous arrêter de manger ou que vous ne pouvez pas contrôler la quantité que vous mangez) ?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F5b. En moyenne, combien avez-vous de moments de fringales par semaine ?

1	2	3	4	5	6 ou plus
---	---	---	---	---	-----------

F5c. Si oui, depuis combien de temps avez-vous ces moments de fringales ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6-12 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F6. Vous faites-vous vomir ?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F6a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F6b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F7. Prenez-vous des laxatifs (médicaments pour purger l'intestin) ?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F7a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F7b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F8. Prenez-vous des diurétiques (médicament qui diminue la rétention d'eau) ?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F8a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F8b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F9. Est-ce que vous jeûnez (ne pas manger pendant 24 heures) ?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F9a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F9b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F10. Mâchez-vous la nourriture pour la recracher par la suite?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F10a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F10b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F11. Vous faites-vous des lavements (injection liquide pour purger l'intestin) ?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F11a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F11b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F12. Prenez-vous des médicaments « coupe-faim » ?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F12a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F12b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F13. Faites-vous un régime strict ?

- ☐ 1. Oui
☐ 2. Non

F13a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F13b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F14. Faites-vous beaucoup de sport (d'exercice physique) ?

- ☐ 1. Oui → Allez à la question F14a
☐ 2. Non → Allez à la question F17

F14a. Si oui, avec quelle fréquence le faites-vous ?

Tous les jours	2 fois par semaine	1 fois par semaine	1 fois par mois
----------------	--------------------	--------------------	-----------------

F14b. Si oui, depuis combien de temps le faites-vous ?

1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5-11 mois	plus d'1 an
--------	--------	--------	--------	-----------	-------------

F15. Complétez la phrase ci-dessous :

Je pratique _____ (type de sport : par exemple courir, nager, etc.) en moyenne _____ heures à chaque fois.

F16. Cochez la réponse qui reflète le mieux votre pensée :

	1. Oui	2. Non
a. Parfois, mes exercices physiques interfèrent significativement avec mes activités importantes		
b. Je pratique du sport même si je suis blessé(e)/ou bien en dépit des conditions médicales		
c. Est-ce que la raison principale de faire des exercices physiques est de compenser les effets des crises boulimiques ou d'éviter de prendre du poids ?		

F17. Cochez la réponse qui reflète le mieux votre pensée :

	1. Pas du tout	2. Un peu	3. Moyennement	4. Beaucoup	5. Extrêmement ou complètement
a. Est-ce que votre poids et/ou vos formes corporelles influence(nt) l'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même ?					
b. Craignez-vous de devenir gros(se) ?					
c. Avez-vous peur de grossir ?					

11 Nous vous remercions de répondre au verso de cette feuille. ➡

F18. Considérez-vous que vous êtes :

1 Vraiment obèse	2 Un peu obèse	3 En excès de poids	4 D'un poids normal	5 D'un poids léger	6 Très léger
---------------------	-------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	-----------------

B19. Cochez la réponse qui reflète le mieux votre pensée :

	1. Oui	2. Non
a. Certaines parties de mon corps (par exemple, mon ventre, mes fesses, mes cuisses, etc.) sont trop grosses		
b. Je me sens gros(se)		
c. Je crois que mon manque de poids (si c'est à votre avis ou médicalement le cas) est un sérieux problème		
d. (Pour les femmes seulement) Il m'est arrivé de ne pas avoir de règles pendant trois cycles consécutifs		

Un questionnaire comme celui-ci est nécessairement incomplet. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques et/ou précisions à ce sujet, ou de vos impressions sur ce questionnaire :

Nous envisageons de poursuivre cette étude. Accepteriez-vous que l'on reprenne contact avec vous d'ici quelques temps afin faire rapidement le point (sans que cela vous engage à quoi que ce soit) ?

☐ 1. Oui

☐ 2. Non

Si « oui », merci de nous indiquer vos coordonnées aussi lisiblement que possible

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Code Postal : [][][][][] Ville : _____

N° de téléphone (fixe) : [][][][][][][][][] N° de téléphone (portable) : [][][][][][][][][][]

Adresse mail : _____ @ _____

Pouvez-vous également indiquer les coordonnées téléphoniques d'une personne de votre entourage proche (famille, ami) qui pourrait nous transmettre vos nouvelles coordonnées si vous veniez à changer d'adresses (nous ne prendrons contact avec cette personne que si nous ne parvenons pas à vous joindre) ?

☐ Mr ☐ Mme _____

N° de téléphone : [][][][][][][][][][]

Merci beaucoup !

COMPARAISON DU VÉCU CORPOREL EN FONCTION DU GENRE CHEZ L'ADOLESCENT ET LE JEUNE ADULTE

L. PARNOT, A. ROUSSEAU, M. BENAZET, B. FAURE, E. LENHORET, A. SANCHEZ, H. CHABROL

Université de Toulouse II-Le Mirail, UFR de Psychologie, Département de Psychopathologie
et de Psychologie clinique, 5, allée Antonio Machado, 31058 Toulouse Cedex 1.

RÉSUMÉ :

Cette étude a pour objectif d'évaluer le vécu de l'apparence corporelle relatif au genre. 590 adolescents et jeunes adultes ont répondu à un auto-questionnaire évaluant la satisfaction corporelle, le désir de minceur, les zones corporelles souhaitées plus minces ou musculairement plus volumineuses ou plus toniques, ainsi que les moyens envisagés ou utilisés pour obtenir les modifications souhaitées. Il apparaît que les filles sont plus insatisfaites que les garçons de leur apparence corporelle, de leur poids et des différentes parties de leurs corps.

Mots-clés : insatisfaction corporelle, adolescents, jeunes adultes.

SUMMARY: *Comparison of body dissatisfaction as function of gender in the adolescent and young adult*

L. PARNOT, A. ROUSSEAU, M. BENAZET, B. FAURE, E. LENHORET, A. SANCHEZ, H. CHABROL (*Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2006 ; 16, 2, 45-48).

The aim of this study was to evaluate gender differences in body satisfaction. 590 participants completed a questionnaire assessing body satisfaction, desire for thinness, the body parts they wanted to be thinner or more muscular (volume or tonicity) and what they could do to achieve the desired changes. Girls showed more dissatisfaction than boys about their body aspect, weight and body parts.

Key words: body dissatisfaction, adolescents, young adults.

INTRODUCTION

L'image du corps est un phénomène complexe qui est de nature multidimensionnelle. Il peut engendrer des troubles perceptifs, affectifs, cognitifs et/ou comportementaux. Selon Thompson *et coll.* (1999), l'insatisfaction corporelle est un vécu persistant de préoccupation et de détresse relative à l'apparence et à un certain degré de dépréciation dans les relations sociales. Aussi, une image négative du corps serait un fort déterminant des troubles du comportement alimentaire (TCA) (Keel *et coll.*, 1997). Les contraintes sociales sont

une des sources majeures d'insatisfaction corporelle. En effet, elles amènent à adhérer à un idéal de beauté irréaliste et relativement inatteignable (Ackard, 2001). Ces standards seraient déjà présents chez les enfants et les adolescents (Ricciardelli, 2001) et ce, quel que soit le sexe (Mishkind, 1986).

Les recherches ont mis en évidence un nombre significatif d'individus insatisfaits de leur apparence corporelle, aussi bien les hommes que les femmes et ce, à tout âge (McCabe, 2000). Des différences, liées au genre, s'appliqueraient à tous les groupes d'âge (Paxton, 1999), mais sembleraient émerger davantage entre 13 et 15 ans et seraient plus fortes à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Les femmes seraient moins satisfaites de leur corps que les hommes et montreraient une plus

Correspondance : H. CHABROL, 21, rue des Cèdres, 31000 Toulouse.
e-mail : chabrol@univ-tlse2.fr

grande variabilité de leur niveau d'insatisfaction corporelle à l'âge adulte (Feingold et Mazzella, 1998). Elles échoueraient à se rapprocher de l'idéal fortement véhiculé par notre société (Gillett et White, 1992), ce qui serait une des causes de leur insatisfaction corporelle. Le problème tend à voir le jour chez les hommes qui souhaiteraient se rapprocher de l'idéal mésomorphique prôné de plus en plus par les magazines masculins.

L'indice de masse corporelle (IMC) jouerait un rôle capital surtout chez les femmes. En effet, plus celui-ci est élevé plus elles semblent insatisfaites de leur corps (Muth et Cash, 1997). En revanche, l'étude de Harmatz (1985) montre que les femmes en sous-poids auraient une très négative image de leur corps et ce, plus que les femmes en surpoids. Toutefois, si le surpoids est aussi associé à l'insatisfaction corporelle chez les femmes, d'après Tiggemann (1994), cela ne semble pas être le cas chez l'homme. Pourtant, selon Muth et Cash (1997), les hommes auraient une relation de type curviligne entre leur poids et leur satisfaction corporelle. Les hommes qui étaient les plus insatisfaits avaient les IMC les plus élevés et les plus faibles (Muth et Cash, 1997). L'étude de Pingitore (1997) montre que, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, plus l'IMC augmente, plus les sujets expérimenteraient des niveaux d'insatisfaction corporelle plus importants.

D'après l'étude de Middleman et coll. (1998) menée chez des adolescents, environ 62 % des filles voulaient perdre du poids pour seulement 22 % des garçons. Ces derniers étaient 36 % à souhaiter prendre du poids, contre 7 % des filles. Une autre étude a montré que 26 % des filles et 6 % des garçons interrogés se percevaient trop gros, 4 % des filles et 14 % des garçons trop maigres et une surprenante majorité (70 % des filles et 80 % des garçons) trouvaient qu'ils avaient un poids normal (Maude et coll., 1993).

Les jeunes femmes attacheraient une plus grande importance à l'attraction de leur corps que les garçons (Oberg, 1999). Ces derniers seraient plus satisfaits de leur corps que les filles et se considéreraient plus attirants. Cette différence, liée au sexe, serait plus faible à l'âge adulte qu'à l'adolescence (Feingold et Mazella, 1998). Les hommes qui montreraient la plus grande tendance à augmenter leur musculature auraient les niveaux d'insatisfaction corporelle les plus forts (Pope, 2000). Les adolescents de sexe masculin porteraient plus d'attention à la taille de leurs muscles quand les hommes s'intéresseraient davantage à perdre du poids et à leur tonicité musculaire.

Le but de cette étude est d'évaluer la satisfaction corporelle, le désir de mincir, les parties du corps souhaitées différentes dans un échantillon d'adolescents et de jeunes adultes.

MÉTHODE

Participants

Sur 664 sujets interrogés, 604 (91 % des sujets) ont rendu le questionnaire suffisamment complet pour être exploitable. De là, ont été sélectionnés les sujets de 15 à 25 ans, à savoir 590 sujets d'âge moyen 19,2 ans = 2,5. Parmi eux se trouvent 416 filles (âge moyen : 18,7 ans = 2,4) et 174 garçons (âge moyen : 20,3 ans = 2,5). L'intervention s'est déroulée dans un lycée à Pau et dans des universités toulousaines.

Instrument de mesure

Les sujets ont rempli anonymement un questionnaire d'évaluation du vécu de leur apparence corporelle construit à partir du questionnaire utilisé dans l'enquête européenne *Health Behavior in School-Aged Children*/Organisation mondiale de la santé (HBSC/OMS) (Godeau et coll., 2000). Trois questions ont été reprises (jugement physique, jugement de la corpulence et degré de satisfaction de l'apparence corporelle) auxquelles ont été ajoutées des questions cherchant à définir ce qu'ils désiraient de différent ou non quant à leur corps (visage, taille, longueur des jambes, poids, poitrine). Enfin, s'ajoutent des questions, toujours fermées, sur les zones corporelles qu'ils souhaiteraient plus minces, musculairement plus volumineuses et/ou plus toniques. Des questions ouvertes, explorant les activités employées ou à employer pour modifier ces zones et un autre aspect de leur corps qu'ils aimeraient modifier, sont également présentes. Avant la passation, nous les avons informés qu'il s'agissait d'une étude sur le vécu corporel des adolescents et jeunes adultes où il n'y avait ni bonne ni mauvaise réponse.

RÉSULTATS

Bien qu'ayant un IMC significativement plus faible que celui des garçons, ce quelque soit la catégorie d'âge, les filles se trouvent plus grosses qu'elles ne le sont. 36 % des filles (et aucun garçon) en poids inférieur à la « normale » souhaiteraient encore perdre du poids. Une majorité des

filles (81 %) en poids dit « normal » ont le même désir (tableau I). Les garçons se jugent plus correctement et sont majoritairement plus satisfaits de leur poids (60 % d'entre eux souhaiteraient garder le même poids vs 38 % des filles, $p < 0,0001$), même si un pourcentage non négligeable souhaiterait en gagner (24 % des garçons vs 5 % des filles, $p < 0,0001$). Elles se disent moins belles et semblent plus insatisfaites de leur apparence corporelle (42 % des filles vs 70 % des garçons se disent satisfaits, $p < 0,0001$). Cette dévalorisation s'atténuerait avec l'âge puisque les jeunes adultes sont significativement plus satisfaits et ont un jugement plus favorable quant à leur esthétique.

Les filles sont significativement plus nombreuses à désirer perdre du poids (57 % des filles vs 17 % des garçons voudraient perdre du poids, $p < 0,0001$). Elles aimeraient principalement mincir des cuisses (57 %), du ventre (42 %), des hanches (38 %), des fesses (36 %) (zone méditerranéenne) et des mollets (20 %). Ceci explique pourquoi elles entreprennent régimes et/ou séances de sport (38 % des filles vs 14 % des garçons, $p < 0,0001$) ou envisagent de telles solutions (38 % des filles vs 20 % des garçons, $p < 0,0001$).

Contrairement aux garçons, les filles recherchent davantage la tonicité que le volume musculaire. Elles souhaiteraient tonifier leurs fesses (50 %), leur ventre (47 %), leurs cuisses (36 %) et leur poitrine en majorité. Elles projettent, de façon significative, d'agir dans cet objectif (38 % des filles vs 22 % des garçons, $p < 0,001$) et une importante proportion a entrepris ou entreprend de se construire une apparence musculaire plus tonique (28 % des filles vs 18 % des garçons, $p < 0,1$). Quant aux garçons, ils agissent plus que les filles pour gagner du volume musculaire (39 % vs 21 %, $p < 0,0001$) notamment pour ce qui est des bras (50 %), des pectoraux (45 %), des épaules (35 %) et des mollets (20 %).

Enfin, les filles sont significativement plus nombreuses que les garçons à désirer des jambes plus

longues (36 % vs 8 %, $p < 0,0001$) ou encore, à souhaiter quelque chose de différent dans leur visage (36 % vs 23 %, $p < 0,01$). Aussi, les adolescentes souhaiteraient, davantage, des seins plus gros (45 % vs 27 %, $p < 0,001$) et les jeunes femmes, des seins plus toniques (10 % vs 4 %, $p < 0,1$).

Que ce soit dans une recherche de minceur, de volume ou de tonicité, le moyen d'action privilégié s'avère être le sport (25 % des filles et 10 % des garçons disent faire du sport pour mincir, 40 % des garçons font du sport afin de gagner du volume musculaire, ce qui est le cas pour seulement 21 % des filles interrogées). Cependant, 21 % des filles feraient attention à leur alimentation contre 5 % des garçons.

DISCUSSION

Cette étude montre que les filles perçoivent leur corps assez différemment des garçons. Elles semblent avoir un regard plus critique et plus dévalorisant puisqu'elles se considèrent globalement moins attirantes, moins satisfaites de leur corps et plus grosses qu'elles ne le sont. Elles recherchent un idéal de minceur pour lequel elles semblent attacher beaucoup d'importance, en témoignent leurs efforts pour mincir et le fort taux de filles qui souhaite perdre du poids, même lorsqu'elles ont un IMC dit normal ou inférieur à la normal.

Le fait qu'elles désirent surtout mincir de la zone méditerranéenne tendrait à montrer le rôle que joue la féminité, et par conséquent, la puberté dans l'insatisfaction qu'elles éprouvent. Nos résultats montrent, tout comme l'étude de Cuadrado *et coll.* (2000), que les filles souhaiteraient davantage mincir de cette zone (cuisses, ventre, hanches et fesses). Cependant, une marque de féminité à laquelle elles tiennent serait la poitrine, qu'elles apprécient souvent telle qu'elle est ou plus grosse.

Dans notre étude, les garçons seraient moins enclins à ce sentiment d'insatisfaction corporelle. Ces résultats coïncideraient avec ceux de Feingold et Mazella (1998) qui montrent que les hommes semblent plus satisfaits de leur corps et se trouvent plus attirants. Ce qui ne les empêche pas d'exprimer un important désir de gagner en volume musculaire. Les zones qu'ils désirent plus volumineuses sont celles de la partie supérieure du corps. Mis à part, cette recherche de volume, ils ne seraient que peu à espérer un quelconque changement physique contrairement aux filles qui souhaiteraient davantage de différences quant à leur apparence corporelle.

TABLEAU I. — Pourcentage de sujets désirant perdre, conserver ou prendre du poids selon leur IMC (trois catégories).

		Perdre du poids	Garder le même poids	Prendre du poids
Hommes	Sous-poids	0 %	37 %	63 %
	Poids normal	17 %	67 %	16 %
	Surpoids	50 %	43 %	7 %
Femmes	Sous-poids	36 %	54 %	9,5 %
	Poids normal	81 %	19 %	0 %
	Surpoids	95 %	5 %	0 %

Cette idée que les garçons tentent généralement de gagner en muscle quand les filles tendent à perdre du poids, se rapproche des résultats de Muris (2004).

Le fait que les adolescentes désirent significativement des seins plus volumineux pourrait s'expliquer par la seule rondeur qui serait valorisée pour la femme : les seins, d'autant plus que ce sont des jeunes femmes (âge moyen 16,8 ans) qui ne se sentiraient peut-être pas encore totalement femme dans leur corps pour une question de maturité. Quant aux jeunes femmes, leur souhait de seins plus toniques pourrait s'expliquer par l'action gravitaire qui tend à faire tomber les seins.

Dans notre société, la minceur est hautement valorisée et vue, par les filles, comme fortement appréciée des garçons. À l'inverse, les garçons pensent qu'une apparence suffisamment musclée est appréciée des filles. Les garçons, quant à eux, semblent touchés par cet idéal que véhiculent, de plus en plus, les médias. Ainsi, Cohane (2001) a mis en évidence que ces derniers exprimaient aussi une réelle insatisfaction quant à leur poids et leur apparence. Ainsi, les théories socioculturelles de l'image du corps suggèrent que l'insatisfaction corporelle résulterait d'un idéal de beauté irréaliste que la société transmet au travers des « mass-médias » (Hargreaves et Tiggemann, 2004) et que certains facteurs socioculturels, biologiques et interpersonnels augmenteraient son risque d'apparition, mais différemment que l'on soit une fille ou un garçon (Presnell, 2004).

RÉFÉRENCES

- ACKARD DM, PETERSON CB. Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders* 2001; 29: 187-194.
- COHANE GH, POPE HG. Body image in boys: a review of the literature. *The International Journal of Eating Disorders* 2000; 29: 373-379.
- CUADRADO C, CARBAJAL A, MOREIRAS O. Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition* 2000; 54: 65-68.
- FEINGOLD A, MAZZELA R. Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science* 1998; 9: 190-195.
- GILLET J, WHITE PG. Male bodybuilding and the reassertion of hegemonic masculinity: a critical feminist perspective. *Play and Culture* 1992; 5: 358-369.
- HARGREAVES DA, TIGGEMANN M. Idealized media images and adolescent body image: "comparing" boys and girls. *Body Image* 2004; 1: 351-361.
- HARMATZ MG, GRONENDYKE J, THOMAS T. The underweight male: the unrecognized problem group of body image research. *Journal of Obesity and Weight Regulation* 1985; 4: 258-267.
- KEEL PK, FULKERSON JA, LEON GR. Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence* 1997; 26: 203-216.
- GODEAU E, DRESSEN C, NAVARRO F, et coll. Les années collège : enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France. Éditions CFES, 2000.
- MAUDE D, WERTHEIM EH, PAXTON S, GIBBONS K, SZMUKLER G. Body dissatisfaction, weight loss behaviours, and bulimic tendencies in Australian adolescents with an estimate of female data representativeness. *Australian Psychologist* 1993; 28: 128-132.
- MCCABE MP, RICCIARDELLI LA. Body image and body change methods in adolescent boys. Role of parents, friends and the media. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 49: 189-197.
- MIDDLEMAN AB, VASQUEZ I, DURANT RH. Eating patterns, physical activity, and attempts to change weight among adolescents. *The Journal of Adolescent Health* 1998; 22: 37-42.
- MISHKIND ME, RODIN J, SILBERSTEIN LR, STRIEGEL-MOORE RH. The embodiment of masculinity. *American Behavioral Scientist* 1986; 29: 545-562.
- MURIS P, MEESTERSB C, VAN DE BLOMB W, MAYERA B. Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors* 2004; 6: 11-22.
- MUTH JL, CASH TF. Body-image attitudes: what difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology* 1997; 27: 1438-1452.
- OBERG P, TORNSTAM L. Body images among men and women of different ages. *Ageing and Society* 1999; 19: 629-644.
- PAXTON SJ, SCHUTZ HK, WERTHEIM EH, MUIR SL. Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology* 1999; 108: 255-266.
- PINGITORE R, SPRING B, GARFIELD D. Gender differences in body satisfaction. *Obesity Research* 1997; 5: 402-409.
- POPE HG, GRUBER AJ, MANGWETH B, BUREAU B, DE COLE C, JOUVENT R, JUDSON JI. Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1297-301.
- PRESNELL K, BEARMAN SK, STICE E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 36: 389-401.
- RICCIARDELLI LA, MCCABE MP. Children's Body Image Concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clinical Psychology Review* 2001; 21: 325-344.
- THOMPSON JK, HEINBERG LJ, ALTABE M, TANTLEFF-DUNN S. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

COTATION DU QEDD

Evaluation manuelle

1). Calcul de l'Indice de Masse Corporelle

I.M.C. = le poids (en kilo) divisé par la taille (en mètre) élevée au carré = _____

2). Désignation des catégories selon le poids (WC)

Ensemble des catégories correspondantes (à deux décimales près) :

- **Egal ou au-dessous de 18 = sévère perte de poids (SU)**
- 18.1 - 20 = faible poids (LW)
- 20.1 - 25 = normal (N)
- 25.1 - 30 = surpoids (OW)
- 30.1 - 40 = obésité modérée (MO)
- Plus de 40.1 = obésité sévère (GO)

Donc le poids correspond à : WC = _____

❖ ANOREXIE (307.1)

☐ 307.1 A (ANWT)

I.M.C. = 17.5 ou au-dessous

A

ANWT (307.1A)

I OUI NON

☐ **307.1 B (FEAR)**

I.M.C. = 20 ou au-dessous et Q.7 ou Q.8 = 4 ou 5

☐ **B**

FEAR (307.1B)

OUI NON

☐ **307.1 C (DIST, INF, SERIEUSEMENT, D.I.S.)**

307.1C1 (DIST)

Q.10 = OUI ou Q.11 = OUI

C1 DIST (307.1C1)

Ou

OUI NON

Catégorie de poids (W.C.) = SU ou LW et Q.9 = 1, 2, 3.

307.1C2 (INF)

C2 INF (307.1C2)

Q.6 = 4 ou 5

OUI NON

307.1C3 (SERIEUX)

C3 SERIEUX (307.1C3)

Q.12 = NON

OUI NON

☐ **C**

D.I.S (307.1C) C1, C2 ou C3 =

OUI

OUI NON

☐ **307.1 D (MENSTRUATION)**

Q.13 = OUI

☒ D

MENST (307.1D)

OUI NON

ANOREXIE NERVEUSE : (entourer la catégorie appropriée)

- Toutes les boîtes (A, B, C, D) = OUI

Anorexie

- Boîtes A, B, C = OUI et D = NON

Anorexie avec menstruation

Si l'anorexie est entourée, le type spécifique :

Q.1 = OUI ou Q.4 = OUI aux vomissements, ou aux laxatifs, ou aux diurétiques, ou aux lavements.

Boulimie hyperphagique/Type purge

Q.1 = NON et Q.4 = NON aux vomissements, et aux laxatifs, et aux diurétiques, et aux lavements.

Type restrictif

----- **Continuer si rien n'a été entouré** -----

❖ **BOULIMIE (307.51)**

☐ **307.51 A (B.E.)**

Q.1 = OUI et Q.2 = OUI

☒ A

B.E. (307.51 A)

OUI NON

☐ **307.51 B (COMP)**

Q.4 = OUI mais pour une de ces choses : vomissement, laxatif, diurétique, lavement ou jeûne

B1 COMP (307.51 B)

OUI NON

Q.4 = OUI pour l'exercice et 5b ou 5c = OUI

B2 COMP (307.51 B)

OUI NON

☐ **307.51 C (FREQ)**

Q.3a (première parenthèse) = 2, 3, 4, 5, ou 6 et Q.3b (deuxième parenthèse) = 3 mois ou plus

C1 FREQ (307.51 C)

OUI NON

Q.4 = OUI pour au moins un comportement (vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements ou jeûne)
quelle fréquence = tous les jours ou deux fois par semaine et depuis combien de temps = trois mois ou plus
OU

Q.4 = OUI pour deux comportements (vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements ou jeûne)
quelle fréquence = une fois par semaine et depuis combien de temps = trois mois ou plus

C2 FREQ (307.51 C)

OUI NON

☐ **307.51 D (SELF-EV)**

☐ **SELF-EV(307.51D)**

Q.6 = 4 ou 5

OUI NON

BOULIMIE NERVEUSE : (entourer la catégorie appropriée)

- Boîtes (A, B1, C1, C2 et D) = OUI
- Boîtes A, B1, et D = OUI et Boîtes C1 ou C2 = Non
- Boîtes A, B2, C1, et D = OUI

Boulimie

Boulimie subclinique

Boulimie d'exercice

Si la boulimie est entourée, le type spécifique :

Q.4 = OUI pour : vomissements, laxatifs, diurétiques, ou lavements

Type purge

Q.4 = NON pour tous ceux au-dessus ou OUI à jeûne

Type non purge

-----**Continuer si rien n'a été entouré**-----

❖ **TROUBLES NON SPÉCIFIÉS**

A). W.C. = Normal et Q.1 = NON

A

OUI

NON

B). Q.4 = OUI pour : vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements, ou jeûne

B

OUI NON

C1). Sur Q.4, pour au moins un comportement (vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements, ou jeûne), quelle fréquence = tous les jours ou deux fois par semaine et avec quelle durée = 3 mois, 4 mois, 5 – 12 mois ou plus d'un an

C.1 OUI NON

C2). Sur Q.4 pour au moins deux comportements (vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements ou jeûne), avec quelle fréquence = une fois par semaine ou plus et quelle durée = trois mois ou plus

C.2 OUI NON

☒ C.1 ou C.2 = OUI

OUI NON

- Toutes les boîtes (A, B, C) = OUI
- Q.4 = OUI pour mâcher/recracher
- Q.1 = OUI

+ Q.2 = OUI

+ Q.3 (première parenthèse) = 2 fois ou plus par semaine

+ Q.3 (deuxième parenthèse) = 6-12 mois ou plus d'un an

+ Q.4 = NON à tout : vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements, jeûne et un régime strict

+ Q.5b = NON

et Q.5c = NON

Boulimie sans bouffe

Mâche/recrache

Trouble du comportement

alimentaire

-----**Continuer si rien n'a été entouré**-----

❖ Si l'I.M.C. est entre 17.6 et 19.0 et les boîtes B, C et D de l'anorexie = OUI, mettre dans la catégorie symptomatique et vérifier la première réponse sur la page suivante.

❖ Si Q.1 = NON et Q.4j = OUI (cela signifie Non pour vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements, mâche/recrache, jeûne, coupe-faim, et régime strict), mettre dans la **catégorie non-symptomatique**

Entourer la catégorie de poids : - sévère sous poids : drapeau rouge

- faible poids

- normal

- surpoids

- obésité modérée

- extrêmement obèse : drapeau rouge

-----Continuer si rien n'a été entouré-----

❖ **SYMPTOMATIQUE**

Si aucun autre diagnostic fut encerclé au-dessus entourer symptomatique (i.e. assigne cette étiquette).

Note : symptomatique est un sous-type de « pas de désordre ». Ceux-ci sont individuels, sans le diagnostic troubles de l'alimentation du DSM-IV, mais avec certains symptômes des troubles de l'alimentation.

1.1.1 SYMPTOMATIQUE SOUS-TYPES

Cocher toutes les cases qui correspondent. Dans la plupart des cas, vous n'allez cocher qu'une case. Cependant, il se peut que les deux suivantes se chevauchent :

- le faible poids de l'anorexie

- le faible poids de la boulimie sans hyperphagie

_____ **Faible poids de l'anorexie** : I.M.C. = 17.6 – 19.0 réuni avec tous les autres critères de l'anorexie (B, C et D = Oui).

_____ **Boulimie à poids non normal sans hyperphagie** : réuni avec tous les autres critères (dont la fréquence et les comportements compensatoires) de la boulimie sans hyperphagie, sauf se trouvant dans une catégorie de poids autre que normale :

Entourer la catégorie de poids : - poids sévèrement insuffisant

- faible poids
- surpoids
- modérément obèse
- extrêmement obèse

_____ **Boulimie subclinique sans hyperphagie** : n'importe quelle catégorie de poids, pas d'hyperphagie, compensation (jeûnes, vomissements) mais pas à une assez grande fréquence (C2 = Non) pour être classé dans la boulimie sans hyperphagie.

Entourer la catégorie de poids : - poids sévèrement insuffisant

- poids faible
- normal
- surpoids
- modérément obèse
- extrêmement obèse

_____ **Signes subcliniques d'hyperphagie boulimique** : tous les critères de la boulimie hyperphagique (dont les comportements compensatoires), mais pas à une assez grande fréquence (C1 et C2 = Non).

_____ **Boulimie de type restrictive** : crises de boulimie compensées par un régime strict (mais pas d'autres comportements compensatoires, comme le jeûne, vomissements, etc.).

_____ **Comportements boulimiques** : rencontre tous les critères de la boulimie incluant la fréquence, sauf le fait d'exprimer la perception de contrôle pendant la crise (Q.2 = Non) et/ou cette estime de soi n'est pas excessivement liée au poids et à l'image du corps (Q.6 = 1, 2 ou 3).

_____ **Signes subcliniques de comportement boulimique** : tous les critères de la boulimie sauf la fréquence (C1 et C2 = Non) et le fait d'exprimer le sentiment de contrôle pendant la crise (Q.2 = Non) et/ou cette estime de soi n'est pas excessivement liée au poids et à l'image du corps (Q.6 = 1, 2 ou 3).

_____ **"Chronic dieter"** ou personne constamment au régime: pas de crise de boulimie, utilise des régimes stricts et/ou des coupe-faim, mais pas de comportements compensatoires inappropriés (par exemple, jeûne, vomissement, exercice excessif, laxatif.....).

_____ **Autre** : ne trouve sa place dans aucune catégorie. Donner une description des signes et du comportement.